البرامج التربوية و الأساليب العلاجية

لـذوي الحاجـات الخاصـة

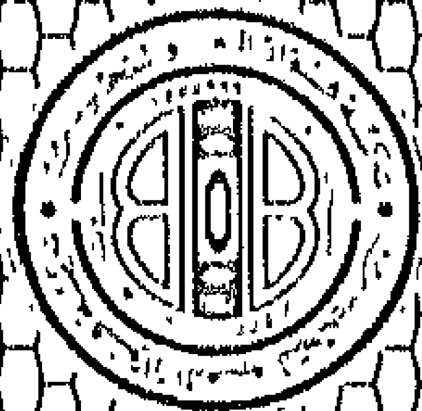
الدكتور
فـؤاد عيـد الجوالـده
عميـــد شــؤون الطلبـــة
أستـاذ التربيــة الخاصــة المسـاعـد
جامعـة عمـان العربيـة

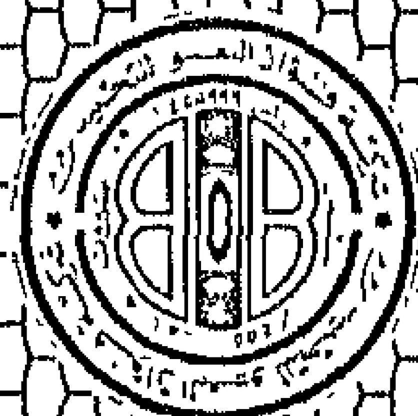
الدكتور
مصطفى نـوري القمـش
عميد كلية الأميرة رحمة الجامعية - سابقاً
أستـاذ التربيـة الخاصـة المشـارك
جامعة البلقاء التطبيقية







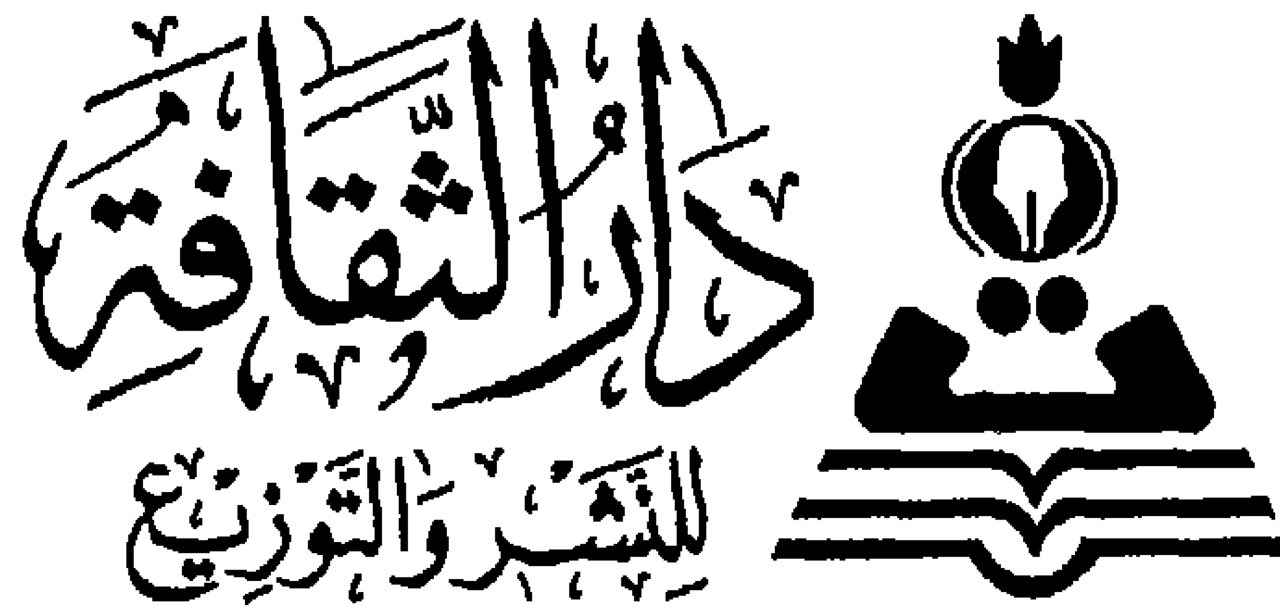




البرامج التربوية
و الأساليب العلاجية
لذوي الحاجات الخاصة

371 ,9
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (2011/9/3345)
المؤلف: فؤاد عيد الجوالدة - مصطفى نوري القمش
الكتاب: البرامج التربويه والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة
الواصفات: الطلاب المعوقون - صعوبات التعلم - طرق التعلم
لا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أو الناشر
ISBN:978-9957-16-745-5

الطبعة الأولى 2012م - 1433هـ



أسسها خالد محمود جابر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan

المركز الرئيسي
عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري - رقم 3 د
هاتف: 4646361 6 (962 +) فاكس: 4610291 6 (962 +) ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن

فرع الجامعة
عمان - شارع الملكة رانيا العبد الله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري - رقم 261
هاتف: 5341929 6 (962 +) فاكس: 5344929 6 (962 +) ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن

Website: www.daralthaqafa.com e-mail: info@daralthaqafa.com

Main Center
Amman - Downtown - Near Hussayni Mosque - Petra Market - Hujairi Building - No. 3 d
Tel.: (+962) 6 4646361 - Fax: (+962) 6 4610291 - P.O.Box: 1532 Amman 11118 Jordan

University Branch
Amman - Queen Rania Al-Abdallah str. - Front Science College gate - Arabiyat Complex - No. 261
Tel.: (+962) 6 5341929 - Fax: (+962) 6 5344929 - P.O.Box: 20412 Amman 11118 Jordan

Dar Al-Thaqafa For Publishing & Distributing

الثقافة للتصميم والإخراج

البرامج التربوية والأساليب العلاجية

لـــذوي الحاجـــات الخاصـــة

الدكتور
فــؤاد عيـد الجوالـده
عميــد شــؤون الطلبــة
أستــاذ التربيــة الخاصــة المساعــد
جامعــة عمــان العربيــة

الدكتور
مصطفـى نـوري القمـش
عميد كلية الأميرة رحمة الجامعية - سابقاً
أستـاذ التربيـة الخاصـة المشـارك
جامعة البلقاء التطبيقية

دار الثقافة للنشر والتوزيع
1433هـ-2012م

الإهداء

إلى إخواني حصني المنيع . . . .

مع خاص حبي لكم . . . .

الدكتور أيوب . . . محمد . . . .

المهندس أحمد . . . . زياد . . . . إياد . . . .

الدكتور فؤاد عيد الجوالده

إلى إخواني الأعزاء......

هاني.... أحمد....

مع دعائي لهم

بالعزة والرفاهة والتوفيق........

الدكتور مصطفى نوري القمش

الفهرس

الفصل الأول

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً

الفصل الثاني

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي صعوبات التعلّم

الفصل الثالث

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإعاقة السمعية

الفصل الرابع

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإعاقة البصرية

الفصل الخامس

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

الفصل السادس

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإضطرابات السلوكية

الفصل السابع

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي اضطرابات التواصل

الفصل الثامن

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للتوحديين

الفصل التاسع

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للموهوبين

الفصل العاشر

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

مقدمة الكتاب

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد الأمين وعلى إخوانه الأنبياء والمرسلين وآل بيته الطيبين وأصحابه الطاهرين وأزواجه الطاهرات أمهات المؤمنين وعلى من سار على هداهم بإحسان إلى يوم الدين وبعد: رغم التطور الحضاري والعلمي عبر العصور ظلت فئات ذوي الحاجات الخاصة تعاني من مختلف المشاكل الاجتماعية والنفسية، وظل المجتمع يرفض الاعتراف بحاجاتهم الملحة ولم يسعَ جاهداً لتطوير برامج تربوية وأساليب علاجية لخدمتهم فقد يكون السبب لأنه يتصور أن هذه الفئات لا تستفيد من هذه المحاولات، والبحوث لا زالت تجري لحل كافة المشاكل ذات العلاقة في هذه الفئات وتطوير واستحداث برامج وأساليب علاجية لذلك، ونود الإشارة هنا إلى أن جهوداً عمليةً مضنية وطويلة ابتدأت تقريباً مع بداية القرن العشرين للتوصل إلى حل لما تبقى من المشاكل المصاحبة لتلك الإعاقات.

إن عملية التعلم عملية لا تتوقف عند حدود مؤسسات ومراكز التربية الخاصة حتى وإن كانت تلك المؤسسات والمراكز تتمكن من تحقيق الأهداف الموضوعة لتربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتوجيه نموهم التوجيه السليم، فالتعلم يحدث في كل مكان، فهو يحدث في البيت حيث نتعلم الكلام وكثيراً من العادات والسلوكيات والقيم والاتجاهات، كما يحدث التعلم من الاحتكاك بظروف الحياة العامة، وانفرادية المدرسة بعملية التعلم ينبغي أن تنحو منحى العملية التنظيمية وتحديد أنماط السلوك القيمية والعمل على نمو هذه الأنماط تحت إشراف وتوجيه، وأن تضع البرامج التربوية والأساليب العلاجية والخطط الوقائية لتجنب المضاعفات المحتملة لتلك الإعاقات والسلوكيات غير المرغوبة والتي يلتقطها الأطفال نتيجة الظروف المحيطة وهنا تبرز أهمية البرامج التربوية والأساليب العلاجية، إضافة إلى الأهمية الأكاديمية التي ينبغي أن تكون على قدم وساق للعمل على استمرار النمو في الطريق الصحيح.

لما تقدم نضع بين أيدي القراء الأعزاء الطبعة الأولى من كتاب البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة لرغبتنا الملحة في توضيح مسببات الإعاقات المختلفة الحقيقية وأساليب علاجها المتاحة بعيداً عن التخبطات والاعتقادات الخاطئة. كما نبين فئتي الموهوبين والموهوبين ذوي صعوبات التعلم من حيث التعريف ونسبة الشيوع، وفئاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص المتعددة الإيجابية منها والسلبية التي تميزهم، وتحديداً سعى الكتاب بفصوله العشرة إلى تناول البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة كما يلي:

الفصل الأول: تناول الإعاقة العقلية من حيث تعريفها ونسبة شيوعها، وتصنيفاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص التي تميز المعاقين عقلياً، وأخيراً بحث وبشكل مفصل في البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لهذه الفئة.

الفصل الثاني: تطرق إلى صعوبات التعلم من حيث تعريفها ونسبة شيوعها، وتصنيفاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص المتعددة التي تميز ذوي صعوبات التعلم، وأخيراً بحث وبشكل مفصل في البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لذوي صعوبات التعلم.

الفصل الثالث: استعرض الإعاقة السمعية من حيث تعريفها ونسبة شيوعها، وتصنيفاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص المتعددة التي تميز المعاقين سمعياً، وأخيراً تناول البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة للأفراد المعاقين سمعياً.

الفصل الرابع: سعى إلى شرح الإعاقة البصرية من حيث التعريف ونسبة الشيوع، والتصنيفات المختلفة لها، كما تطرق للخصائص المتعددة التي تميز المعاقين بصرياً، وبين البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لهم.

الفصل الخامس: فقد وضح هذا الفصل فئة الأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية، من حيث التعريف والشيوع والتصنيفات المختلفة والضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية، وخصائصهم المختلفة والبرامج التربوية المقدمة

لهم مثل منهج بافاريا، والخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليميّة للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً، وتعديل البيئة الملائمة للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً.

الفصل السادس: تطرق إلى الاضطرابات السلوكية من حيث تعريفها ونسبة شيوعها، وتصنيفاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص المتعددة التي تميز ذوي صعوبات التعلم، وأخيراً بحث وبشكل مفصل في البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لذوي الاضطرابات السلوكية.

الفصل السابع: يبحث تعريف التواصل بمفهومة العام ثم اضطرابات التواصل بمفهومها المحدد، كما تناول نسب شيوع اضطرابات التواصل والكلام واللغة، وبين مكونات اللغة، ومراحل تطور الكلام واللغة عند الأطفال، والخصائص النموذجية لتعلم اللغة عند الطفل في سن ما قبل المدرسة، وبين تصنيف اضطرابات التواصل، واستعرض بعض البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لهذه الفئة.

الفصل الثامن: تناول فئة التوحد من حيث تعريفها ونسبة شيوعها، وتصنيفاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص التي تميز التوحديين، وأخيراً بحث وبشكل مفصل في البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لهذه الفئة.

الفصل التاسع: تناول مفهوم الموهبة من حيث التعريف والتصنيف، وكذلك تعريف الإبداع ومكوناته، ومفهوم التفوق والعبقرية وطرق الكشف والتعّرف على الأشخاص الموهوبين والمتفوقين بشكل عام، وخصائصهم المختلفة والبرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين وأنواعها كما تناول الاتجاهات العامة السائدة في تربيتهم، وأخيراً أشار إلى الإرشادات اللازمة للمعلم لمساعدة الطالب الموهوب داخل الصف العادي.

الفصل العاشر: بيّن المؤلفان فيه فئة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم من حيث التعريف ونسبة الشيوع، وفئاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص المتعددة الإيجابية منها والسلبية التي تميزهم، وأخيراً بحث وبشكل مفصل في البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة للموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وبحث في تكيف الأسرة مع صعوبات

التعلم لدى أبنائهم الموهوبين، ودور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم الموهوب ذي الصعوبة التعلمية، وقدم إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم الموهوب ذي صعوبات التعلم.

وأخيراً، إننا ونحن نضع جهدنا المتواضع هذا بين أيديكم نتمنى أن يستفيد منه الجميع، وأن نكون قد أخذنا بعين الاعتبار أغلب الأمور العلمية وأوضحناها بشكل سلس علمياً وعملياً، ووضعنا إجابة لكثير من الاستفسارات التي قد تتطرق إلى الذهن، راجين أن يحوز هذا الجهد المتواضع على الرضى والقبول ويكون مفيداً بقدر ما تمنينا له أن يكون مرجعاً مفيداً لكل من المهتمين والعاملين في مجال رعاية وتربية ذوي الحاجات الخاصة.

"وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين"

المؤلفان

الدكتور فؤاد عيد الجوالده

الدكتور مصطفى نوري القمش

أهمية الكتاب

تكمن أهمية الكتاب فيما يلي:

- يعد من المحاولات القليلة في الوطن العربي التي تتناول البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة.
- التعرف على فئات ذوي الحاجات الخاصة من حيث تعريفها ، ونسبة شيوعها، وتصنيفاتها المختلفة، والخصائص التي تميز كل فئة.
- مزج الكتاب بين الجانبين النظري والتطبيقي لبعض البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة.
- تقديم إرشادات للأهل والأخصائيين العاملين بهذا الميدان.
- لفت انتباه التربويين وأولياء الأمور إلى البرامج التربوية والأساليب العلاجية الخاصة بفئة لم تلقَ الاهتمام الكافي وهي فئة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.

الفصل الأول
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً

- مقدمة .
- تعريف الإعاقة العقلية .
- شيوع الإعاقة العقلية .
- تصنيف الإعاقة العقلية .
- التصنيفات الأخرى .
- خصائص المعاقين عقلياً .
- أساليب ومكونات تعليم مهارات الحياة .
- برامج التفاعل مع الحياة للأطفال المعاقين عقلياً وأسرهم .
- البرامج التعليمية للمعوقين عقلياً .
- توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً .



الفصل الأول

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للمعاقين عقلياً

مقدمة :

تعد الإعاقة العقلية Mental Retardation هي أساس التعريف بعلم التربية الخاصة، فقد لاقت الكثير من الصعاب في استراتيجيات التعامل والتكيف معها بدءاً من الأساليب الجاهلية وصولاً إلى المعلوماتية ومستجدات الأبحاث العلمية.

وبالرغم من تطور الخدمات والبرامج المقدمة لهذه الفئة إلا أنها بقيت من أكثر الفئات حاجة إلى الاهتمام نظراً لما يصاحب هذه الإعاقة من مظاهر ومشكلات عديدة تزيد من مستوى التعقيد الذي يحيط بالإعاقة العقلية وصعوباتها المتعددة، وتتفاوت البرامج التنموية والتعليمية والخدمات المقدمة لهم باختلاف المجتمعات وعلى الرغم من ذلك فما زال ما يقدم أقل من متطلبات التعامل مع الإعاقة العقلية إذا ما قورنت بدرجة شيوعها.

هذا ولم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار، بل أصبح ينظر إلى المعاقين عقلياً على أنهم أفراد يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم؛ وذلك حتى يتسنى لهم القدرة على التكيف مع مطالب الحياة وشق طريقهم لها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم. ولعلّ ما يؤكد هذه النظرة التفاؤلية جملة المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها مواثيق حقوق الإنسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان في أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته.

تعريف الإعاقة العقلية:



حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية منها.

ولهذا فقد تعددت الاتجاهات التي أسهمت في تعريف الإعاقة العقلية، واختلاف هذه الاتجاهات يعود إلى اختلاف نظرة المختصين في المجتمع، فقد أطلقت العديد من المصطلحات منها: دون عقل Amentia، صغير العقل Olgophrenia، نقص العقل، Mental Deficiency، وفي أواخر الخمسينيات استخدموا الإعاقة العقلية Mental Subnormality، والبعض استخدم التأخر العقلي Mental Retardation، ثم ظهرت العديد من المصطلحات التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية Mental Impairment or Mental Handicapped. واستجابة للتغيرات العديدة في المصطلحات الخاصة فقد واكب هذا التغير تعديلا لمصطلح الإعاقة العقلية ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية (Developmental and Disability Intellectual) (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.2007).

وفيما يلي أهم الاتجاهات التي أسهمت في تنوع التعريفات ومنها الاتجاه الطبي والاتجاه الاجتماعي والاتجاه السيكومتري، والاتجاه التربوي:

1. الاتجاه الطبي **Medical Attitude**: نحى أصحاب هذا الاتجاه إلى الأسباب المؤدية لإصابة المراكز العصبية والتي تحدث بعد الولادة، كما ركزوا على

الأسباب التي تؤدي إلى عدم اكتمال نمو الدماغ سواء أكان ذلك قبل الولادة أم بعدها، وعرف بورنفيل (Bournville) الإعاقة العقلية أنها تلف في المخ يؤدي إلى بطء الإثارة ونقص في القدرة على التعلم وعدم التكيف الاجتماعي (Hallahan, Kauffman، 2006; Prabhala, 2007).

2. الاتجاه السيكومتري **Psychometrical Attitude**: يركز أصحاب هذا الاتجاه الذي ظهر نتيجة تطور حركة القياس النفسي على القدرة العقلية التي يتم قياسها باختبارات الذكاء، وقد اعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن الفرد الذي يقل ذكاؤه عن (70) درجة فردٌ معاقٌ عقلياً **(الإمام والجوالده 2010 ـ أ)**.
3. **الاتجاه الاجتماعي Social Attitude**: يذكر الروسان (2003) أن هذا الاتجاه الذي ظهر على يد ميرسر (Mercer) وجنسن (Jensen) ركز على مدى نجاح أو إخفاق الفرد في الاستجابة لمتطلبات الحياة الاجتماعية وفق المعايير السائدة في مجتمعه، وبالتالي فإن فشله يجعله واقعاً ضمن فئة المعاقين عقلياً.
4. الاتجاه التربوي **Educational Attitude**: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الإعاقة العقلية تنتج من تفاعل عاملين: **أولهما**: عدم مناسبة البيئة التعليمية للاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد، **وثانيهما**: قصور الوعي المجتمعي في تفهمه لمتطلبات الإعاقة وتوفير الطرق والمصادر والاستراتيجيات المناسبة لتعليم وتدريب هذه الفئة (Prabhala, 2007).

ولهذا فإنه لا يوجد اتجاه واحد مقبول لتبني تعريف محدد للإعاقة العقلية بشكل عام، ورغم أن علماء النفس والأطباء النفسيين والتربويين والعاملين في مجال الخدمات الاجتماعية يقدمون خدمات من نوع أو آخر للمعاقين عقلياً إلا أنهم كثيراً ما يختلفون في تعريفهم للإعاقة العقلية، ونتيجة لوجود هذا الخلاف وما له من آثار سلبية على الفرد والأسرة والمجتمع، وعلى ذلك تبنى المهتمون **الاتجاه التكاملي** وهو اتجاه التقييم الشامل أي التقييم متعدد الأبعاد، وعدم الاكتفاء بالاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها، بل تبني التدقيق في الجوانب الوراثية والصحية، والاجتماعية والنفسية، والتربوية والتعليمية، فهذه الجوانب مجتمعة تعطي تقريراً يمكن من خلاله اتخاذ القرار المناسب للتعامل مع الإعاقة العقلية.

تشير المراجع إلى عدد من التعريفات للإعاقة العقلية من وجهات نظر مختلفة، فقد عرف تريد ـ جولد (Tredgold) الإعاقة العقلية من وجهة نظر الكفاءة الاجتماعية بأنها: حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم خارجي.

أما دول (Doll) فيعرف الإعاقة العقلية، من وجهة نظر نفسية اجتماعية تعريفاً شاملاً محدداً محاولاً التغلب على العيوب التي وقع بها تريد ـ جولد في استخدامه الكفاءة الاجتماعية كمحك للتعرف على الإعاقة العقلية، واستطاع دول أن يحدد ما يقصد بالكفاءة الاجتماعية، كما استطاع وضع مقياس للنضج الاجتماعي، وبهذا نجد أن دول قد تمكن من وضع تعريف للإعاقة العقلية قائم على أساس الكفاءة الاجتماعية كما قدم وسيلة للتعرف على هذه الكفاءة بشكل أكثر تحديداً وشمولاً مما قدمه تريد ـ جولد ـ.

ومن أكثر تعاريف الإعاقة العقلية قبولا لدى علماء النفس تعريف هبر (Heber) الذي تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (American Association of Mental Deficiency)، والذي مؤداه أن الإعاقة العقلية تشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية:

1. النضج.
2. التعلم.
3. التكيف الاجتماعي (Heward & Orlansky,1988).

أما بورثوس وكوربيت (Porteus and Corbett) فيعرفان الإعاقة العقلية من وجهة نظر قانونية بالقول: "إن الأفراد المعاقين عقلياً هم الأفراد غير القادرين على الاستقلال وتدبير أمورهم بسبب الإعاقة العقلية الدائمة، أو توقف النمو العقلي في مرحلة عمرية مبكرة".

وبناء على تعريف الإعاقة العقلية هذا. والتفسير الذي وضعته الجمعية الأمريكية (AAMD) والنقاط الأساسية التي جاءت، فقد وضعت هذه الجمعية تصنيفها لمستويات الإعاقة العقلية على الشكل التالي وذلك اعتماداً على حاصل الذكاء (IQ) والبعد عن المتوسط.

جدول رقم (1/1)

يبين نسبة الذكاء حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMD)

الفئة	مستوى الانحراف	نسبة الذكاء على أساس أن قيمة الانحراف المعياري 15 درجة
المستوى الحدي	- 1	84 ـ 70
البسيط	- 2	69 ـ 55
المتوسط	- 3	54 ـ 40
الشديد	- 4	39 ـ 25
الاعتمادي	- 5	أقل من 25

وفي عام (2002) عرفت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (The American Association on Mental Retardation, AAMD) - الإعاقة العقلية على أنها نقص في الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي والتي تظهر في المهارات الاجتماعية، والمفاهيم، والمهارات التكيفية التطبيقية ويظهر هذا قبل سن الثامنة عشرة (Hardman، Drew & Egan,2006 ,Smith,2007)، ويذكر برابهالا (Prabhala,2007) أنه قد تم تغير اسم الجمعية الذي امتد إلى خمسة عقود تقريباً إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD)، حيث واكب هذا التغير تعديلاً لمصطلح الإعاقة العقلية ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية (Developmental and Disability Intellectual).

وتعّرف الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (AAIDD ,2007) الإعاقة العقلية على أنها: إعاقة تتميز بقصور ملحوظ في القدرات الفكرية والسلوك التكيفي، معبراً عنه من خلال المهارات المعرفية والاجتماعية والتكيفية العملية، وتنشأ هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشرة.

يتضح من التعريفات السابقة للإعاقة العقلية أنها تعتمد على معايير مختلفة في التعرف على حالة الإعاقة العقلية، فبعضها يعتمد على معيار الكفاءة الاجتماعية وقدرة الفرد على التكيف في المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه على أن هذا المعيار

غير واضح ولا محدد كما هو الحال في تعريف تريد ـ جولد، ويعتمد البعض الآخر على معيار توقف نمو الدماغ في مرحلة مبكرة من مراحل العمر نتيجة مرض أو عطل في الدماغ، أو نتيجة عوامل جينية أو وراثية، كما يعتمد البعض الآخر على معيار القدر على التعلم ومستوى النضج والتكيف الاجتماعي معاً، ويضيف البعض إلى ذلك انخفاض مستوى الأداء العقلي أو مستوى الذكاء بمعدل يتراوح بين انحراف معياري واحد أو انحرافين معياريين عن الوسط، في حين يقبل البعض انخفاض هذا المستوى عن المتوسط بمعدل انحراف معياري واحد، فإننا نجد البعض الآخر يطالب بأن يزيد هذا الانحراف عن ذلك ليصل إلى حد يمكن اعتباره ذا دلالة قد يصل إلى انحرافين معياريين عن الوسط.

شيوع الإعاقة العقلية:

من خلال تباين التعريفات يتضح التباين في الإحصاءات والمعلومات المتوافرة عن الإعاقة العقلية بمختلف تصنيفاتها، وينبغي أن نلقي الضوء على نسب انتشار هذه الإعاقة. هناك عدد من العوامل التي تسهم في زيادة نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة أو خفضها في دول العالم المختلفة ومن أهم العوامل:

1. اختلاف المعايير المتبعة في تعريف الإعاقة العقلية.
2. الاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقلياً.
3. الاختلاف في المجموعات العمرية.
4. معيار السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية.
5. الاختلاف في المستوى الثقافي والاجتماعي والخدمات الصحية بين الفئات الاجتماعية أو المجتمعات المختلفة (الشناوي، 1997).

تعتبر نسبة الإعاقة العقلية في الولايات المتحدة بين جميع السكان (3٪) وهي نسبة مقبولة عند الكثيرين من المنظمات والمؤسسات العاملة في هذا المجال، ذلك أنه تتفق على هذه النسبة كل من الجمعية الوطنية للأطفال المعاقين والجمعية الأمريكية

للإعاقة العقلية، ووزارة الصحة والتربية والشؤون الاجتماعية في أمريكا (Keigher, 2000).

تصنيف الإعاقة العقلية:

إن تصنيف الإعاقة العقلية في فئات مختلفة يحتاج إلى معيار، وقد اختلف علماء النفس وعلماء الاجتماع والتربية والطب في تصنيفاتهم للإعاقة العقلية بسبب اختلافهم في المعيار الذي اتخذته كل مجموعة منهم أساساً للتصنيف، وسنعرض هنا بعض التصنيفات التي تعتبر أكثر شيوعاً، وتمثل وجهات نظر علماء الطب والتربية وعلم النفس العام وعلم النفس الإرشادي وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية.

أولاً: تصنيف الإعاقة العقلية حسب الأسباب

يميل الأطباء وعلماء البيولوجيا إلى تصنيف حالات الإعاقة العقلية على أساس العوامل المسببة للإعاقة العقلية على اعتبار أنها نتيجة لاضطرابات مرضية بيولوجية إلا أن هذا التصنيف القائم على أساس مصدر العلة يبقى عاجزاً عن تصنيف المعاقين عقلياً على أساس مستوياتهم في القدرة على التعلم والتدريب والتكيف الاجتماعي.... إلخ.

فالتجانس الوحيد بين أفراد الفئة الواحدة على أساس هذا التصنيف هو تجانس في مصدر العلة فقط، ومن بين التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلة ما يلي كما وردت في (الإمام والجوالده، 2010 ـ أ):

أ. تصنيف تريد جولد (Tredgold):

يصنف تريد جولد (Tredgold,1961) الإعاقة العقلية على أساس أسبابها إلى الفئات التالية:

1. إعاقة عقلية أولية (Primary Amentia): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.
2. إعاقة عقلية ثانوية (Secondary Amentia): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة العقلية التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة كالمرض والإصابات والتشوهات الخلقية التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة.

3. **إعاقة عقلية مختلطة (وراثية بيئية) (Mixed Amentia)**: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئية معاً.
4. **إعاقة عقلية غير محددة الأسباب**: وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من المعاقين عقلياً، وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى الإعاقة.

ب. تصنيف ستراوس (Strauss):

يقسم ستراوس المعاقين عقلياً إلى فئتين هما:

1. النمط الداخلي (Endogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية ذات الجانب الوراثي، ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كليهما أو أحد الإخوة أو بعضهم، ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني.
2. النمط الخارجي (Exogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء الولادة، فقد تكون الإعاقة العقلية هنا ناتجة عن إصابة أحدثت تلفاً في الدماغ قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وتتصف هذه الحالات باضطراب التفكير وعدم الاتزان الانفعالي، كما قد يصاحبها ظهور بعض العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للطفل.

ثانياً: التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية (Clinical Classification)

يمكن اعتبار هذا التصنيف نوعاً آخر من أنواع التصنيف المعتمدة على مصدر العلة، إلا أن ما يميز هذه الفئات أو الأنماط هو ما تتصف به من تجانس في مظهرها الجسمي الخارجي من خصائص يطلق عليها الأنماط الإكلينيكية، يعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية المميزة لكل فئة، بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي Feeble- Mindedness، ويصعب حصر هذه الأنماط جميعها.

ويذكر (الإمام والجوالده 2010 ـ أ) صعوبة حصر هذه الأنماط جميعها في هذا المقام، ولعل أهمها وأكثرها شيوعاً:

1. متلازمة داون (Down Syndrome):

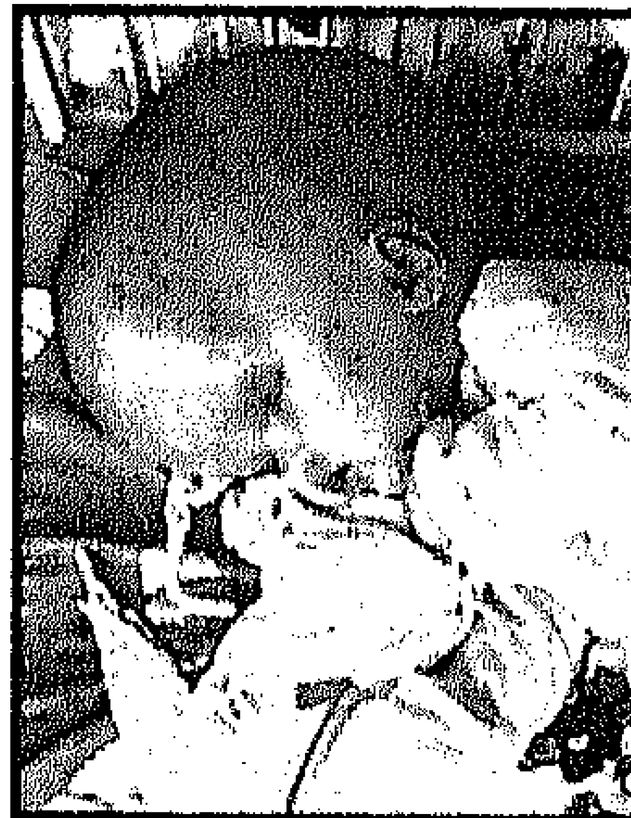


تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية واضحة تتشابه في مظهرها الخارجي وخاصة من حيث ملامح الوجه، وملامح الجنس المنغولي، ومن هنا جاءت التسمية، ويشبه أفراد هذه الفئة بعضهم بعضاً بشكل واضح كما لو أنهم جميعاً ينتمون إلى أسرة واحدة، في حين أنه لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم الأسوياء، ومعظم أفراد هذه الفئة يقعون من حيث نسبة ذكاء ما بين (25 ـ 50) درجة فقط في حين أن نسبة قليلة منهم تتراوح نسبة ذكاءهم ما بين (50 ـ 70) (Hallahan &Kauffman, 2006).

2. القماءة أو القصاع (Cretinism):

وهي حالة تنتج في الغالب عن انعدام أو قلة إفراز الغدة الدرقية مما يسبب تلفاً في الدماغ، وتتميز هذه الفئة بقصر القامة وقد لا يزيد طول الفرد على (90) سم مهما بلغ من العمر، أما نسبة الذكاء فقد لا تزيد عن (50) درجة في حدودها العليا.

3. استسقاء الدماغ (Hydrocephaly):



تتميز هذه الحالة بشكل خاص بكبر أو تضخم الرأس وبروز الجبهة نتيجة لزيادة السائل المخي الشوكي بشكل غير عادي، ويسبب ضغط هذا السائل على الدماغ تلفاً فيه وتضخماً في الجمجمة، ويتراوح محيط الجمجمة في هذه الحالة بين (55 ـ 75) سم، ويتوقف مدى الإعاقة العقلية في هذه الحالات على مقدار التلف الحاصل في أنسجة المخ نتيجة ضغط السائل، وترافق هذه الحالة خصائص معينة يبدو فيها رأس المصاب على شكل حبة أجاص (الكمثرى).

4. **حالات صغر الدماغ** (Microcephaly):



وتتميز هذه الحالة بصغر حجم الجمجمة وصغر حجم المخ، ويتخذ الرأس فيها الشكل المخروطي، ويبدو جلد الرأس مجعداً، كما تتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة في النشاط الحركي.

5. **كبر الدماغ** (Macrocephally):

وتتميز هذه الحالة بكبر محيط الجمجمة وكبر حجم الدماغ وخاصة في حجم المادة البيضاء والخلايات الضامة في المخ، أما مستوى ذكاء الذين يعانون من هذه الحالة فلا يتعدى مستوى ذكائهم ما بين (25 ـ 50) درجة.

6. **حالات اختلاف العامل الرايزيسي** (R. H. Factor):

وترتبط هذه الحالات باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الرايزيسي.

7. حالات البول الفينيكلتيوني (PKU) Phenylketonuria:

وهي حالات نادرة جداً تكون نتيجة وجود الفينيلكتيون في الدم، ولا تتعدى نسبة ذكاء الذين يعانون من هذه الحالة عن (50) درجة في حين أنها تكون غالباً أقل من (25) درجة.

8. العته العائلي المظلم (Amaurotic Familial Idiocy):

وهي حالة ضعف عقلي نتيجة مرض في الجهاز العصبي يؤدي إلى الحالة بعد نمو سوي خلال العام الأول من عمر الطفل، وهذه الحالة وراثية وتتعدد في الأسرة الواحدة وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتنتفخ وتتورم وتمتلئ بالدهن مما يؤدي إلى العمى والضعف العقلي حتى تصل إلى الإعاقة العقلية الشديدة (تقل نسبة الذكاء عن 25 درجة)، وقد يصاحب هذه الحالة الشلل والنوبات التشنجية وفقدان الضبط الانفعالي وغالباً ما تنتهي بالموت.

ثالثاً: التصنيف السيكومتري

يستند هذا التصنيف إلى درجة الذكاء حيث ينظر علماء النفس إلى القدرة العقلية (الذكاء) على أنها قدرة تتوزع بين الناس توزيعاً عادلاً يمثله منحنى التوزيع الطبيعي للصفات البشرية والمعروف بمنحنى غاوس (*Gouss*)، وعلى هذا الأساس يقسم علماء النفس نسبة الذكاء إلى فئات على أساس الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لنسبة أفراد المجتمع، وتقسم الإعاقة العقلية حسب هذا التصنيف إلى ثلاث فئات هي:

1. **الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Retardation)**: تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (55 ـ 70) درجة كما يتراوح العمر العقلي لأفرادها في حده الأقصى بين (7 ـ 10) سنوات.
2. **الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)**: تتراوح نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين (40 ـ 54) درجة، كما يتراوح عمرهم العقلي بين (3 ـ 7) سنوات في حده الأقصى.

3. **الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)**: تقل نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة عن (39 ـ 25) درجة ولا يزيد العمر العقلي لهم أكثر من ثلاث سنوات.
4. **الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Retardation)**: وهم الذين يقل ذكاؤهم عن (25) درجة، و العمر العقلي لهم يكون في حدود العامين.

رابعاً: التصنيف النفسي الاجتماعي Psycho-Social Classification

يعتمد هذا التصنيف السلوك التكيفي القائم على أساس عوامل النضج والتعلم والتكيف الاجتماعي بالإضافة إلى اعتماده على نسبة الذكاء التي اعتمدت في التصنيف السابق أساساً في تصنيف الإعاقة العقلية، يمثل هذا الاتجاه الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD)، حيث واكب هذا التغير تعديلاً لمصطلح الإعاقة العقلية ليصبح الإعاقة التطورية والفكرية، ويصنف إلى الفئات التالية:

1. **الإعاقة العقلية البسيطة (Mild)**: وهي الفئة التي تقابل الفئة الأولى في التصنيف السابق مع اختلاف بسيط في تحديد نسبة الذكاء، حيث تعتبر في هذا التصنيف بين (55 ـ 69) درجة.
2. **الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate)**: وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (40 ـ 54) درجة ويعاني أفرادها من التأخر في النمو العام، على أنه يمكن اعتبار معظمهم قابلين للتدريب إذ يمكن تدريبهم للعناية بأنفسهم.
3. **الإعاقة العقلية الشديدة (Severe)**: تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25 ـ 39) درجة أما قدراتهم على تعلم اللغة والقدرات الحركية وتعلم الكلام فمحدودة جداً، إلا أن بعضهم يستطيع تعلم مهارات معينة وتنمية بعض الإمكانيات التي تمكنهم من العناية بأنفسهم إلى حد ما.

4. الاعتماديون (Profound): تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن (25) درجة، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيس في النمو الجسمي وفي قدراتهم الحسية والحركية، وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو في مراكز الرعاية الخاصة.

خامساً: التصنيف التربوي

يصنف التربويون المعاقين عقلياً إلى فئات اعتماداً على قدراتهم على التعلم، ويستند إلى ما يمكن أن نطلق عليه مبدأ الصلاحية أو الكفاية التربوية، ويبدو ذلك واضحاً في تقسيم الفئات التي يتضمنها هذا التصنيف، ووفقاً لهذا التصنيف يمكن تصنيف المعاقين عقلياً إلى الفئات الثلاث الرئيسة التالية:

1. القابلون للتعلم (Educable Mentally Retarded):

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (50 أو 55) إلى (75 أو 79) درجة، ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية في المدرسة العادية بشكل يوازي الطلبة الأسوياء، إلا أنه يبقى لديهم إمكانية النمو في ثلاثة مجالات، إذا قدمت لهم فرص التربية الخاصة عن طريق العناية الفردية في المدرسة العادية أو عن طريق فتح صفوف خاصة لهم أو مدارس خاصة، **أما تلك المجالات فهي:**

أ. حد أدنى من القدرة على التعلم في المواضيع الأكاديمية في المدرسة.

ب. القدرة على التكيف الاجتماعي إلى حد يكون فيه الفرد معتمداً على نفسه.

ج. حد أدنى من الكفاءة المهنية يستطيع معه متابعة مهنة ما في مرحلة النضج.

2. القابلون للتدريب (Trainable Mentally Retarded):

تظهر الإعاقة العقلية لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جداً قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تأخره في القدرة على الكلام والمشي بالإضافة إلى بعض العيوب في الأعضاء الجنسية، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (30 ـ 50) إلى (35 ـ 55) درجة، وهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي، **إلا أنهم قابلون للتدريب في المجالات التالية:**

أ. تعلم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس.

ب. التكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيرة.

ج. تقديم بعض المساعدة في نطاق الأسرة والمدرسة والعمل، ولذا فإن برنامجهم التعليمي يهدف أساساً للتدريب على المهارات الاستقلالية كالعناية بالنفس، إضافة إلى مهارات التأهيل المهني.

3. الاعتماديون (The Totally Dependent):

وهي حالات الإعاقة العقلية الشديدة وهي أكثر مستوياتها تدنياً وتدهوراً، وهم غير قادرين حتى في العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار، ويطلق عليهم غير القابلين للتدريب Untrainable، وتقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن (25 ـ 30) درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب، لذا يعتمدون اعتماداً كلياً على غيرهم طوال حياتهم ويحتاجون رعاية متخصصة في النواحي الطبية والصحية والنفسية والاجتماعية إما داخل مؤسسات خاصة أو في مراكز علاجية أو في محيط أسرهم.

التصنيفات الأخرى:

بالإضافة إلى التصنيفات الخمسة السابقة التي ذكرت بالتفصيل فقد أشار كيرك (Kirk, 1972) إلى عدد من التصنيفات الأخرى نذكرها هنا بإيجاز:

أولاً: تصنيف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المعاقين

The National Association for Retarded Children

يعتمد التكيف الاجتماعي أساساً للتصنيف وهو يضع المعاقين في الفئات التالية:

1. الاعتمادي الحدي (الهامشي) (Marginally Dependent): ونسبة الذكاء فيها بين (50 ـ 75) درجة.
2. الاعتيادي الجزئي (Semi-Dependent): ونسبة الذكاء فيها بين (25 ـ 50) درجة.
3. الاعتمادي (Dependent): نسبة الذكاء فيها تقل عن (25) درجة (Kirk, 1983).

ثانياً: تصنيف منظمة الصحة العالمية The World Health Organization

وتصنف الإعاقة العقلية على الشكل التالي:

1. الإعاقة العقلية البسيط (Mild Subnormality): وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين (50 ـ 60) درجة.
2. الإعاقة العقلية المتوسط (Moderate Subnormality): وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين (20 ـ 49) درجة.
3. الإعاقة العقلية الشديد (Severe Subnormality): وتقل نسبة الذكاء فيها عن (19) درجة.

ثالثاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي

The American Medical Association

وتصنف الإعاقة العقلية على الشكل التالي:

1. الضعف العقلي البسيط (Mild Mental Deficiency): وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين (70 ـ 85) درجة.
2. الضعف العقلي المتوسط (Moderate Mental Deficiency): وتتراوح نسبة الذكاء فيه بين (50 ـ 70) درجة.
3. الضعف العقلي الشديد (Severe Mental Deficiency): وتقل نسبة الذكاء فيها عن (50) درجة.

خصائص المعاقين عقلياً:

يتصف المعاقون عقلياً بشكل عام، بتأخرهم في النمو وقابليتهم للتعرض للإصابة بالأمراض ونقص القدرة على ضبط السلوك الاجتماعي، كما أنهم يتصفون بإخفاقهم جزئياً أو كلياً عن إعالة أنفسهم، ورغباتهم من المستوى الغريزي، فهم يسيرون حسب مبدأ اللذة بالدرجة الأولى، أما بالنسبة لمتوسط العمر، فهم يتصفون بقصر العمر مقارنة مع الأسوياء.

أولاً: الخصائص العامة للمعاقين عقلياً

يمكن الحديث هنا عن خمس فئات من الخصائص العامة للمعاقين عقلياً هي:

1. الخصائص الجسمية:

يتصف المعاقون عقلياً بتأخر النمو الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام، كما أن وزنهم أقل من العادي ويصغر حجم الدماغ ويقل وزنه لدى المعاق عن المتوسط كما تظهر أحياناً تشوهات في شكل الجمجمة والعينين والفم واللسان والأطراف والأصابع، أما بالنسبة للنمو الحركي فيظهر الأفرادُ المعاقون عقلياً صعوبات حركية وعدم دقة في التآزر الحركي البصري وعدم الاتزان الحركي في بعض الحالات، وكذلك في استخدام العضلات العامة والدقيقة كالمشي والركض والكتابة وتزداد الصعوبات الحركية مع زيادة حدة الإعاقة، وكذلك الأمر بالنسبة للنشاط الجنسي، حيث نجد تأخراً فيه وفي بعض الأحيان نجد ضموراً في الأعضاء التناسلية لدى الذين يعانون من الإعاقة العقلية، وتشير نتائج الأبحاث التي أجريت في هذا الميدان إلى وجود فروق بين القابلين للتعلم والعاديين من حيث مستوى نموهم الجسمي والحركي، فهم بصفة عامة أقل طولاً وزناً ومتأخرون عن العاديين في نموهم الحركي.

2. الخصائص العقلية:

تتلخص الخصائص العقلية للمعاقين عقلياً بوجه عام في تأخر النمو العقلي وتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن (70) درجة، وكذلك الأمر فيما يتعلق بالعمليات العقلية الأخرى، مثل ضعف الذاكرة والانتباه والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم والمحاكمة، والقدرة على التركيز وتكون نتيجة ذلك ضعفاً في التحصيل ونقصاً في المعلومات والخبرة، كما أن معدل نموهم العقلي أقل من النمو العقلي للأطفال العاديين في هذه الفئة عن طريق الممارسة والخبرة المباشرة، كما يستطيعون أن يستخدموا عمليات التفكير والتمييز والتقييم في حدود مستواهم العقلي المحدود. ومن أهم الخصائص العقلية لهذه الفئة ما يلي:

- الميل نحو تبسيط المفاهيم: حيث لا يستطيعون استخدام المجردات ويستخدمون المحسوسات في تفكيرهم، ويعرفون الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة.
- ضعف القدرة على التذكر والانتباه: إن قدرة الفرد المعاق عقلياً أقل وأضعف من قدرة الأفراد العاديين على تركيز الانتباه.
- يعتبر ضعف الانتباه من أهم العوامل التي تكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها أفراد هذه الفئة.

3. الخصائص الاجتماعية:

يتصف المعاقون عقلياً بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي لدرجة دعت بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساساً في تصنيف المعاقين عقلياً إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف، وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي، وبشكل عام فإننا نجد أيضاً أن المعاقين عقلياً يتصفون بنقص الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، وكذلك نجد أن من الخصائص التي يتصف المعاقون عقلياً بها اضطراب مفهوم الذات؛ حيث نجد أن المعاق عقلياً كثيراً ما ينظر لنفسه بالدونية، وأنه أقل من غيره أو أنه لا قيمة له، وبالطبع فإن هذا المفهوم المضطرب ينعكس إلى حد كبير جداً على سلوكه الاجتماعي بشكل خاص واهتمامه بنظافته الشخصية أيضاً، فنجده لا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية وخاصة مع أبناء عمره، ولهذا فإنه يميل إلى المشاركة مع من هم أصغر منه سناً في ممارسات اجتماعية، ومن الخصائص التي يتصفون بها عدم القدرة على إبداء ردود فعل وعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سناً في نشاطاتهم، وعدم تقدير الذات ويظهر بعض المعاقين عقلياً مشكلات سلوكية وأنماطاً شخصية غير تكيفية، وانفعالات شديدة وغير مبررة.

4. الخصائص اللغوية:

التأخر في النمو اللغوي يساير إلى حد كبير التأخر في النمو العقلي، حيث يواجه الأفراد المعاقون عقلياً صعوبات واضحة في التعلم اللغوي وبخاصة في التعبير اللفظي، وسبب ذلك هو ارتباط النمو اللغوي بالقدرات المعرفية وما تتطلبه اللغة من إدراك للمعاني والمفاهيم، وأشارت الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله، كما يعاني معظم المعاقين عقلياً من مشكلات لغوية مختلفة كالإبدال وضعف التعبير وقلة المحصول اللغوي من المفردات والجُمل، وأكثر المشكلات اللغوية شيوعاً لدى المعوقين عقلياً هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوي، ويبقى شيوع مشكلات اللغة عند المعوقين عقلياً أكثر منها عند العاديين.

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة عامة بين (55 ـ 70) درجة، وعمرهم العقلي في أقصى حدوده يتراوح بين (7 ـ 11) سنة، بمعنى أن مستوى تحصيلهم يكون للصف الخامس الابتدائي، ويتأخرون في الكلام لكنهم نادراً ما يعانون من البكم، ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللغة لدى هذه الفئة بدائياً فهم يصدرون أصواتاً وألفاظاً غير مفهومة وكلامهم يعوزه الوضوح والمعنى والترابط، وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صوراً وأشكالاً متعددة، أي درجة من درجات الإعاقة العقلية تؤثر في تطور الكلام وفي القدرة على النطق والتعبير، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقلياً كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم الأبكم، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وتجاوز مرحلة استعمال اللغة جيداً، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم.

5. الخصائص العاطفية والانفعالية:

يتصف المعاقون عقلياً من الناحية العاطفية بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار والهدوء، كما يتميزون بسرعة التأثر أحياناً وبطء الانفعال أحياناً أخرى، أما ردود الفعل العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي، وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط، كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهذيبها بصفة عامة كما يتصفون بالانسحاب والعدوان.

ثانياً: الخصائص الخاصة للمعاقين عقلياً

تظهر لدى كل فئة من فئات الإعاقة العقلية صفات وخصائص قد تختلف نوعاً وكماً عن صفات وخصائص الفئة الأخرى، فالقدرة العقلية والقدرة على التعلم، والقدرة على التكيف الاجتماعي - وإن كانت متدنية لدى جميع فئات الإعاقة العقلية - بالمقارنة مع الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون بذكاء فوق مستوى الضعف العقلي، إلا أنها لا توجد بنفس الدرجة لدى جميع فئات الإعاقة العقلية، إذ نجد أن بعض فئات الإعاقة العقلية قادرة على التعلم الأكاديمي إلى حد ما، في حين أن فئات أخرى لا تملك تلك القابلية، كما نجد أن بعض الفئات قادرة على إنشاء علاقات اجتماعية مقبولة في حين أن فئات أخرى لا تملك تلك القدرة، أما من ناحية الخصائص التي تصف الفئات المختلفة فإنه سيتم توضيحها وفق الجدول رقم (2 ـ 1) والذي يعتمد على أساسين هما:

- **الأساس الأول:** هو درجة الإعاقة العقلية وذلك اعتماداً على تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (AAIDD).
- **الأساس الثاني:** هو تطور هذه الخصائص مع التقدم في العمر.

جدول رقم (1/2)

خصائص الإعاقة العقلية المعتمدة على درجة الإعاقة العقلية وتطورها مع التقدم في العمر

درجة الإعاقة العقلية	مرحلة ما قبل المدرسة من الولادة حتى سن الخامسة (النضج والنمو)	مرحلة المدرسة من سن 6 سنوات إلى 20 سنة (التدريب والتعليم)	من بداية سن الشباب 21 سنة فما فوق (الكفاءة الاجتماعية والمهنية)
الإعاقة العقلية البسيطة (Mild)	- يستطيع تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال. - تكون الإعاقة العقلية بسيطة في المهارات الحسية الحركية ويغلب أن لا يميز عن الأسوياء حتى سن متأخرة.	- يستطيع الاستمرار في التحصيل الأكاديمي في أواخر العقد الثاني. - يمكن توجيهه نحو التوافق الاجتماعي. - قابل للتعلم.	- يستطيع اكتساب أدنى حد من المهارات الاجتماعية والمهنية التي يستطيع بها تدبير أمور نفسه. - قد يحتاج إلى التوجيه والمساعدة عندما يواجه ضغوطاً اجتماعية واقتصادية قوية.
الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate)	- يستطيع الكلام. - يستطيع تعلم مهارة الاتصال. - ضعف الوعي الاجتماعي. - اعتدال النمو الحركي. - يستفيد من التدريب في مساعدة نفسه. - يستطيع تدبير أمور نفسه بإشراف متوسط.	- يستطيع الاستفادة من التدريب في المهارات الاجتماعية والمهنية. - لا يحتمل أن يصل إلى أكثر من مستوى الصف الثاني الابتدائي. - يستطيع التنقل وحده في الأماكن المألوفة.	- يمكن أن يعيل نفسه عن طريق بعض الأعمال التي تتطلب مهارة جزئية أو لا تتطلب مهارة في ورش محمية. - يحتاج إلى الإشراف والتوجيه عندما يكون تحت ضغوط اجتماعية واقتصادية بسيطة.

الإعاقة العقلية الشديدة (Severe)	- ضعف في النمو الحركي. - أدنى حد من القدرة على الكلام بشكل عام. - لا يستطيع الاستفادة من التدريب ليعتمد على نفسه. - مهارات الاتصال ضعيفة أو معدومة.	- يستطيع تعلم الكلام أو تعلم مهارة الاتصال. - يمكن تدريبه على العادات الصحية البسيطة. - يستفيد من التدريب المنظم على العادات	- قد يشارك جزئياً بالاعتماد على نفسه تحت الإشراف الكامل. - يستطيع تطوير مهارات لحماية نفسه بأدنى مستوى في بيئة مقيدة.
إعاقة عقلية شديدة جداً اعتمادي (Profound)	- أدنى حد من القدرة في مجال القدرة الحركية. - يحتاج إلى رعاية صحية مستمرة (Nursing Care).	- قد ينمي بعض المهارات الحركية. - يمكن أن يستجيب إلى حد أدنى من التدريب على مساعدة نفسه.	- قد ينمي بعض المهارات الحركية والقدرة على الكلام. - قد يستطيع رعاية نفسه بشكل محدود جداً. - يحتاج إلى رعاية صحية مباشرة.

من خلال استعراض جدول رقم (1/2) يتبين أنه من ناحية النمو الجسمي غالباً ما يمر الأطفال المعاقون بنفس المراحل التي يمر بها الأفراد غير المعاقين إلا أنهم يمرون بها غالباً ببطء، كما أنهم يحتاجون عادة إلى وقت أطول فهم: يتأخرون في الزحف، وفي الوقوف وفي المشي وفي ضبط التبول والتبرز، كما أن مهارات التآزر والتناسق الحسي

الحركي لديهم تكون أضعف مما هي عليه عند الأفراد العاديين. من ناحية أخرى فإن قدرة هؤلاء الأفراد على التعليم تتأثر بإعاقتهم حيث يكونون عادة أبطأ في التعليم والتحصيل المدرسي، ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول في التعلم والتحصيل المدرسي ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول لتعليم نفس المهارات، وهم في العادة أكثر استيعاباً للمفاهيم والأفكار المجردة، كما أن قدرتهم على التذكر تتأثر وخاصة الذاكرة قصيرة المدى، وكذلك تتأثر قدرتهم على التصميم ونقل أثر التعليم من موقف إلى آخر كما أنهم أقل قدرة على التعلم العفوي أو التلقائي مقارنة بغيرهم.

إضافة إلى ذلك فإن النمو اللغوي لدى الأفراد المعاقين عقلياً يتأثر، فهم غالباً ما يتأخرون في الكلام مقارنة بأقرانهم من غير المعاقين وأخيراً فإن المعاقين عقلياً هم بشكل عام أقل اعتماداً على أنفسهم في تدبير أمورهم الحياتية ويبقون بحاجة إلى نوع أو آخر من الإشراف على شؤونهم، كما أنهم أكثر قابلية للانقياد من قبل الآخرين.

أساليب ومكونات تعليم مهارات الحياة:

يذكر عمران والشناوي (2001) ثلاث طرق في تعليم مهارات الحياة على النحو التالي:

1. **الطريقة التجميعية:** حيث يدرب الطفل على كل مهارة بصورة منفصلة حتى يصل الطفل إلى المستويات المطلوبة من سرعة الأداء ودقته، وبعد ذلك يتم تجميع المهارة والتدريب عليها ككل وفقاً لمبدأ التسلسل والربط السلوكي Chaining.
2. **الطريقة الجزئية:** وفيها تقدم المهارة للطفل على صورة سلسلة من الإجراءات، ويطلب من الطفل إعادة ما نفذه الباحث على كل جزء منها على حدة في صورة متسلسلة حتى يتم إنجاز المهارة، ويصل الطفل إلى المستوى المقبول وبالسرعة المطلوبة وفقاً لمبدأ التشكيل السلوكي Shaping.
3. **الطريقة الكلية:** ويستهدف فيها تقديم المهارة ككل للطفل في تمرين واحد أو عمل تطبيقي شامل، ويحدث هذا عندما تكون إجراءات المهارة بسيطة

غير مركبة، أو سبق تقديم بعض أجزائها في مهارات أخرى، تقدم هذه الطريقة عندما يراد توضيح الربط بين العمليات المكونة للمهارة أمام الطفل وهذه الطريقة تعد من الطرق المركبة في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً.

لذا تعتبر هذه الطريقة من الطرق المتقدمة والتي لا ينبغي البدء بها في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً، علماً بأن عبد الفتاح (2001) توصل من خلال المواقف التعليمية المقترحة إكساب الطفل القدرة على حل بعض المشكلات بطريقة تناسب قدراته، وتنمية بعض المهارات الأخرى مثل الثقة بالنفس، الوعي بالذات وكذلك المهارات الاجتماعية التي ساعدت الطفل على التعرف على قدراته وعلى نواحي تميزه مما وفر له فرص التفاعل والاتصال والتعامل الذكي مع معطيات المجتمع الذي يعيش فيه ويتعايش معه.

أولاً: أساليب تعليم مهارات الحياة

قد أجمع العديد من الباحثين والعلماء أن هناك أساليب وفنيات متبعة أثبتت فعاليتها في تعليم وتدريب العديد من المهارات والسلوكيات الحياتية وهي كما بينها (الإمام والجوالده 2010 ـ أ):

1. التشكيل (Shaping):

ويعرف أحيانا باسم التقريب المتتابع أو مفاضلة الاستجابة، والمقصود به ذلك الإجراء الذي يعمل على تحليل السلوك إلى عدد معين من المهمات الفرعية وتعزيزها حتى يتحقق السلوك النهائي.

والتشكيل لا يعني خلق سلوكيات جديدة من لا شيء، فبالرغم من عدم وجود السلوك المستهدف لدى الطفل، إلا أنه غالباً ما تكون لديه سلوكيات قريبة من السلوك المستهدف، لذا فإن المعالج السلوكي يقوم بتعزيز تلك السلوكيات بهدف ترسيخها في ذخيرة الطفل، ثم بعد ذلك يلجأ إلى التعزيز التفاضلي الذي يشمل على تعزيز الاستجابة التي تقترب من السلوك المستهدف.

2. التسلسل (Chaining):

يعرف بأنه الإجراء الذي من خلاله يجري العمل على تقسيم السلوك المستهدف إلى عدد من الحلقات المكونة له، مع تعزيز الحلقة الأخيرة منه (الشناوي وعمران، 1998).

3. التلقين (Prompting):

كثيراً ما يحتاج الطفل إلى مساعده إضافية أو تلميحات من الآخرين لكي تساعده على تأدية السلوك المستهدف على النحو المطلوب، وهذه المساعدة قد تكون لفظية أو جسدية أو إيمائية وهي ما تسمى بالتلقين.

فالتلقين: هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تميزية إضافية بهدف زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف، ويقال مثيرات تميزية إضافية من أجل تمييزها عن المثيرات التميزية المتوافرة أساساً في البيئة، وبمعنى آخر التلقين هو حث الفرد على أن يسلك سلوكاً معيناً والتلميح له بأنه سيعزز على ذلك السلوك، ويمكن تقسيم التلقين إلى ثلاثة أقسام على النحو التالي:

1. **التلقين اللفظي:** وهو تعليمات لفظية تساعد الطفل على القيام بالسلوك المرغوب فيه، فمثلاً تقول المعلمة للتلاميذ "لنقم بمراجعة الواجبات المنزلية"، وقول الأم للابن "كرر أذان الله أكبر" وهي شكل من أشكال التلقين اللفظي.
2. **التلقين الإيمائي:** وهو التلقين بالإشارة أو النظر باتجاه معين مثل تكتيف اليدين على الصدر إيماءً بالالتزام والانضباط.
3. **التلقين الجسدي:** وهو أن يقوم الملقن أو المدرب بلمس الطفل جسدياً بهدف مساعدته على تأدية سلوك معين، ومن الأمثلة على ذلك المدرب يركل الكرة أمام الطفل، أو كيفية الوقوف لتصويب الكرة نحو المرمى.

4. الإخفاء (Fading):

هو الإزالة التدريجية للتلقين بهدف مساعدة الفرد على تأدية السلوك المستهدف باستقلالية دون التدخل فيه.

طرق الإخفاء:

إن طريقة الإخفاء المناسبة تعتمد على نوع التلقين المستخدم فيمكننا وفقاً لذلك إخفاء التلقين تدريجياً على النحو التالي:

1. **إخفاء التلقين اللفظي:** من خلال تقليل عدد الكلمات المستخدمة كأن نقول (تعال) بدلاً من أن نقول (يا عمر تعال إلى هنا) أو من خلال تخفيف درجة الصوت.
2. **إخفاء التلقين الإيمائي:** يتم بتقليل حجم الإيماء كاستخدام الإصبع بدلاً من اليد كلها أو النظرة بدلاً من الإشارة.
3. **إخفاء التلقين الجسدي:** يتم إخفاؤه بتقليل الضغط الناتج من اللمس فبدلاً من لمسه بكل اليد يتم لمسه بإصبع واحد.

5. النمذجة (Modeling):

وهي من الفنيات الانفعالية للعلاج المعرفي السلوكي، ويعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب التعليمية والعلاجية والإرشادية، ويقصد بها إتاحة الفرصة أمام الطفل لمشاهدة نموذج سلوكي معين، ثم التدرب على تقليد ذلك النموذج، حيث يكون الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للطفل بقصد إحداث تغير ما في سلوكه أو تشكيل سلوك جديد، كما أن النمذجة عملية تدريب الفرد على تأدية سلوكيات معنية وفق نموذج يعرض أمامه **ويمكن تقسيم النمذجة إلى الأقسام الآتية هي:**

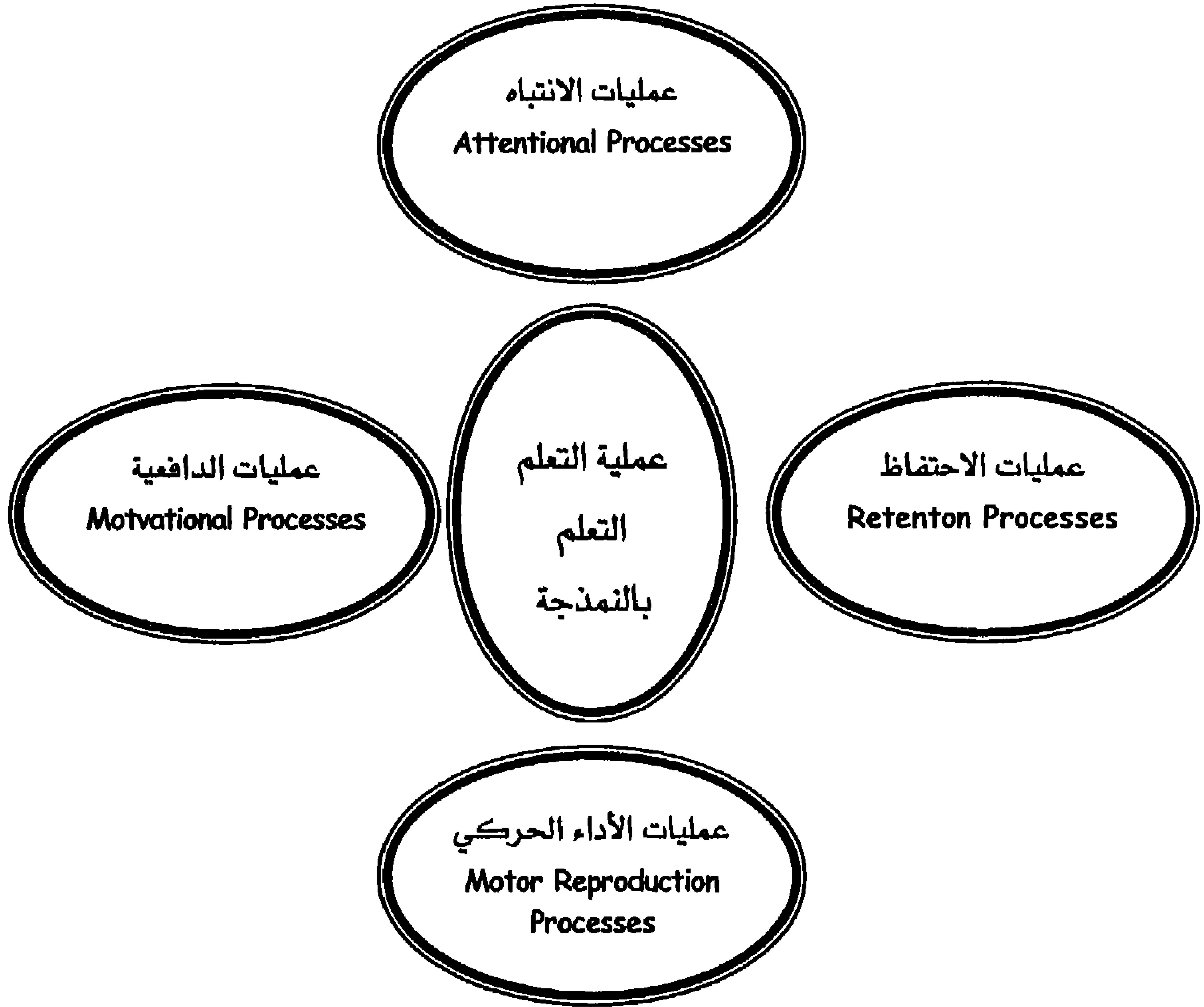
1. **النمذجة المباشرة:** يقوم النموذج بتطبيق مهارة حياتية في مواقف فعلية أو رمزية حيث يطلب من الفرد تأدية هذا النموذج بإتقان، أو تتمثل النمذجة المباشرة بوجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي الاجتماعي

المطلـوب إتقانـه، أو قـدوة رمزيـة مـن خـلال فـيلم أو مجموعـة مـن الـصور المتسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك.

2. النمذجة بالمشاركة: وفيها يتم عرض المهارة الحياتية المراد التدرب عليها بوساطة نموذج، وأداء هذا السلوك من جانب المتدرب مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب.

يرى باندورا أنه لا بد من وجود أربع عمليات متصلة لحدوث التعلم بالنمذجة وهي:

- عمليات الانتباه (Attentional Processes): وينبغي التركيز للنموذج لكي يتم التعلم بالملاحظة، بشرط أن يكون النموذج مؤثراً لجلب الانتباه للموقف المراد تعلمه
- عمليـة الاحتفـاظ (Retention Processes): ينبغـي أن تتـوافر مجموعـة مـن المخططات التي تساعد في الاحتفاظ بالنموذج المشاهد.
- عملية الأداء الحركي (Motor Reproduction Processes): التعلم بالملاحظة لا يكفي إذ لا بد من عملية الممارسة ثم التغذية الراجعة لهذا الأداء الممارس والذي يفيد في علاج القصور في بعض جوانب المواقف المتعلمة، وتكرار الممارسة حتى يتم، وهذا ما يسمى بلعب الدور والتغذية المرتدة.
- عمليـات الدافعيـة (Motivational Processes): مـن المحتمـل أن تنطفـئ الاستجابات المتعلمة عن طريق الملاحظة إذا لم يتم تدعيمها أو إذا تم النفور منها أو إذا شعر الفرد بالتوبيخ من خلالها، لذا لا بد من العوامل الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة.



شكل رقم (1/1)

يبين العمليات الأساسية لحدوث التعلم بالنمذجة

نقلا عن (الإمام والجوالده 2010 ـ أ)

ثانياً: مكونات المهارات الحياتية

يمكن تقسيم المهارات الحياتية من وجه نظر المؤلفين إلى مكونين رئيسين هما المكون السلوكي والمكون المعرفي.

1. المكونات السلوكية:

وتضم ما يأتي:

أ. السلوكات الحياتية اللفظية

وهذا النوع من السلوك له أهمية عظمى في مواقف التفاعل الاجتماعي، إذ إنه يعمل على نقل الرسالة مباشرة من المرسل إلى المستقبل، ويضم ما يلي:

- **الحساسية الاجتماعية:** وهي قدرة الفرد على فهم رموز الاتصال اللفظي مع الآخرين، ومعرفة العادات والتقاليد ومعايير السلوك الحياتي المناسب للموقف الاجتماعي.
- **التعبير الاجتماعي:** ويشمل الطلاقة اللفظية، والتفاعل مع الآخرين بطريقة مناسبة.
- **الضبط الاجتماعي:** وهو قدرة الفرد على التحدث مع الآخرين أثناء المناسبات الاجتماعية، وكذلك قدرته على إبراز قدر مقبول من المشاركة بما يتفق والموقف الحياتي.

ب. السلوكات الحياتية غير اللفظية:

لا يقل هذا النوع من السلوك في أهميته عن السلوك اللفظي، فهو يشمل لغة الجسد والإيماءات والتواصل البصري وتعبيرات الوجه ويضم الآتي:

- **مهارات الإرسال:** وهي قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي والتي تضم: تغيرات الصوت وخصائصه وإيماءات الجسم.
- **مهارة الضبط الانفعالي:** وهي قدرة الفرد على ضبط التعبير عن الانفعالات الداخلية والتي تتلاءم مع الموقف الحياتي الذي يحدث.
- **الحساسية الانفعالية:** وتشمل مهارة الفرد في استقبال وفهم أشكال الاتصال غير اللفظي الصادر عن الآخرين وقدرتهم على تفسيرها.

2. المكونات المعرفية:

وهي مهارات غير ملاحظة، وتشمل أفكار الفرد واتجاهاته ومدى معرفته بالاستجابة المناسبة في المواقف الحياتية، وفهم السياقات الاجتماعية والتصرف بما يتناسب والموقف الحياتي ويقصد بالجانب المعرفي في المهارات الحياتية، الوعي بالأنظمة والتقاليد والأعراف الاجتماعية التي تحكم السلوك في موقف ما، وتضم ما يلي:

- مهارة المشاركة (Participations): وهي مهارة الاشتراك مع الآخرين في المواقف الحياتية بطرق مقبولة، ودعوتهم إلى التعامل معه والتشاركية فيما يهتم فيه ويهتمون هم أيضاً فيه .
- مهارة التأكيد (Assertiveness): وتضم الاستفسارات والإيضاح وطرح الأسئلة، والمطالبة بالحقوق والواجبات والدفاع عنها، وإبداء الرأي والدفاع عنه، ورفض الطروحات غير المعقولة بطرق مهذبة ومقبولة.
- مهارة التحدث (Conversation): وتضم مكونات عدة مثل: البدء في المحادثة ومواصلتها وإنهائها، واستخدام نبرة الصوت المناسبة للموقف، وترك المسافة المناسبة، والتواصل البصري.
- مهارة الاعتماد على الذات (Self-Depend): وتضم العناية بالذات، والعناية بالملابس، والاهتمام بأماكنه وسلوكياته الخاصة .
- مهارة حل المشكلات والتغلب عليها (Problems-Solving & Coping): وتشمل مهارة الهدوء والاسترخاء والاستماع للحلول المطروحة، واختيار أفضل الحلول المتاحة، ومواجهة الصعوبات والمضايقات وإيجاد الحلول المناسبة لها بطرق مقبولة.
- مهارة الاستعداد (Ready): وتعني التنبه واليقظة والاستماع والإيضاح والتفكير وأخذ الحيطة قبل البدء بالحديث.

وفي هذا الصدد فقد أجرى الجوالده (2008) دراسة بعنوان فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً في الأردن.

حيث هدفت الدراسة إلى استقصاء فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً في الأردن.

حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (ن = 42) منهم (ن=25 ذكراً) و(ن= 17 أنثى)، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8 ـ 15) سنة بمتوسط عمر زمني يبلغ (11.37) سنة

وبانحراف معياري مقداره (1.88). وصممت الدراسة برنامجاً تربوياً قائماً على نظرية العقل عدد جلساته (39) جلسة بواقع (45.30) ساعة ونصف، كما أعدت قائمتي الملاحظة للبيئة المنزلية والمدرسية لقياس المهارات الأدائية والحياتية، وبعد جمع البيانات تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و(T-test) وتحليل التباين المشرك (ANCOVA).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \geq 0.05$) في قائمتي الملاحظة المنزلية والمدرسية ولصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التربوي القائم على نظرية العقل.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \geq 0.05$) بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة الملاحظة المدرسية لصالح الذكور في المجموعة التجريبية، كما تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في قائمة الملاحظة المنزلية.
3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($a \geq 0.05$) للتفاعل بين نوع البرنامج والجنس في أداء الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية كما تقاس بأدوات الدراسة، مما يدل على عدم وجود تفاعل.

وبناءً عليه توصي الدراسة بضرورة إجراء دراسات مستقبلية تقوم على تصميم برامج مستندة إلى نظرية العقل في تنمية مهارات السلامة العامة للأطفال المعاقين عقلياً:

- وتبين أن دراسة الجوالده تختلف عن الدراسات التي أجريت في هذا المجال في موضوعها من حيث إنها صممت برنامجاً تربوياً قائماً على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

- كما تبين اختلاف الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة بأهميتها وبالأدوات التي أعدها الباحث مثل البرنامج التربوي المقترح القائم على نظرية العقل، قائمة الملاحظة المنزلية للمهارات الأدائية الحياتية، وقائمة الملاحظة المدرسية للمهارات الأدائية الحياتية.
- وتعد الدراسة الحالية من الدراسات التجريبية الأولى في موضوع إعداد برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

برامج التفاعل مع الحياة للأطفال المعاقين عقلياً وأسرهم:

التفاعل مع الحياة: هو عملية تحدث في مواقف خاصة بين شخصين أو أكثر تهدف إلى تسهيل حدوث تغيرات في سلوك المعاق تمكنه من القبول الاجتماعي، والتأقلم مع الآخر، وبناءً عليه تتهيأ الأسرة للمشاركة المجتمعية الفاعلة والتي تؤدي إلى الوصول لحلول مناسبة لمشكلات الطفل المعاق واحتياجاته.

أولاً: أهداف برامج التفاعل مع الحياة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً

يمارس الأخصائي التربوي عمله مع أسر الأطفال المعاقين في إطار ثلاث مجموعات من الأهداف هي:

1. **أهداف معرفية:** الأسرة بحاجة لمعلومات تشخيصية حول طفلهم كحالة خاصة والاحتمالات المستقبلية لحالة طفلهم المعاق عقلياً، ومعرفة المراكز والمؤسسات المتخصصة، والتي يمكن أن تقدم الأساليب والاستراتيجيات الصحية والتعليمية والاجتماعية المناسبة للحالة التي يكون عليها طفلهم بتباين نوع ودرجة وشدة الإعاقة.
2. **أهداف انفعالية:** تتركز على اهتمامات الأخصائي التربوي حول مخاوف الوالدين، والقلق، ووضع البرامج المناسبة لمواجهة المواقف الحياتية المتباينة، والتحصين من تسرب الشعور بالذنب والخجل إلى نفوسهم.

3. أهداف سلوكية: ويتعلق ذلك بتصميم البرامج السلوكية والتي من شأنها زيادة الوعي الأسري حول السلوكيات المحتمل صدورها من الطفل المعاق وتباين هذه السلوكيات بتباين الحالات، والعمل على تزويد الأسرة بالمفاهيم الإجرائية، لنظرية تحليل السلوك التطبيقي، مع التوضيح للأسر ما هو السلوك المراد تعديله أو تشكيله بالنسبة للطفل، مع وضع خطط واضحة للأسرة وللطفل المعاق.

ثانياً: أهداف برامج التفاعل مع الحياة للأفراد المعاقين عقلياً

تنادي معظم المنظمات العالمية بمبدأ التعليم للجميع والمدرسة الشاملة والمدرسة الدامجة، كل هذه المفاهيم تجتمع حول هدف واحد وهو قبول الأفراد المعاقين من منطلق الإنسانية والاختلاف، لذا ينبغي على التربية الخاصة أن تبرز أهداف العملية التفاعلية مع الحياة على النحو التالي:

- توفر الدعم الاجتماعي والانفعالي للأطفال المعاقين عقلياً من خلال مبادئ علم النفس الفارقي، وتصميم الخطط التربوية الفردية والبرامج التدريبية الفردية والجماعية.
- المشاركة في إعداد وتنفيذ برامج التدخل المبكر الخاصة بالمعاقين عقلياً.
- المشاركة في مواجهة مشاكل ذوي الإعاقة العقلية السلوكية والانفعالية وتكيفهم الاجتماعي.
- المساهمة في تنمية قدراتهم وفق السعة العقلية في تطوير وإكساب المهارات الحياتية التي تساعدهم على الاستقلال وعدم الاعتماد على الآخرين.
- اكتشاف نقاط القوة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ودعمها بهدف تقبلهم ودمجهم في المجتمع حسب درجة إعاقتهم.
- مساعدة الأفراد على التكيف مع الإعاقة وتوفير سبل الاستمتاع مع الحياة.
- التعرف على ميول الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية وتكوين الاتجاهات الايجابية لديهم نحو العمل من خلال التهيئة المهنية للطلبة المعاقين عقلياً

وتزويدهم بالمهارات اللازمة التي تمكنهم من البدء بالتدريب المهني المنتظم لإكسابهم مهارات تتناسب مع قدراتهم واستعدادهم، لتمكنهم من تقليل الاعتماد على الآخرين وتحقيق درجات الاستقلالية في حياتهم.

البرامج التعليمية للمعوقين عقلياً:

تقدم المدارس والمؤسسات القائمة على تربية وتعليم الأطفال المعاقين عقلياً، برامج تربوية مختلفة في مستواها وفي طبيعتها من مرحلة دراسية إلى أخرى، وذلك حسب عمر الطفل ودرجة نموه الأكاديمي.

هذا ويبين (القمش والمعايطة، 2010) أن هناك خمسة مستويات رئيسة من البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقلياً هي:

1. برامج ما قبل المدرسة من (3 ـ 6) سنوات.
2. برامج المرحلة الابتدائية من (6 ـ 10) سنوات.
3. برامج المرحلة المتوسطة من (10 ـ 13) سنة.
4. برامج المرحلة الثانوية من (13 ـ 20) سنة.
5. برامج ما بعد المدرسة بعد (20) سنة.

أولاً: برامج ما قبل المدرسة

تتراوح أعمار الأطفال في برامج ما قبل المدرسة فيما بين (3 ـ 6) سنوات زمنية، وتعتبر البرامج الخاصة بالأطفال القابلين للتعلم في هذه المرحلة قليلة جداً، إذا ما قورنت ببرامج الأطفال العاديين، وذلك بسبب الصعوبة في التعرف على الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر.

وتركز البرامج التعليمية في هذه المرحلة على تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية، ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضاً على هذه المهارات، ويحتاج التدريب عليها سنة واحدة في حين يحتاج الأطفال القابلين للتعلم إلى فترة سنتين

أو ثلاث سنوات لتعلم هذه المهارة، ويذكر كوفمان (Kauffman) أن التدريب في برامج ما قبل المدرسة يشمل مجموعة من المهارات أهمها:

1. الجلوس بهدوء والانتباه للمعلم.
2. تمييز المثيرات السمعية والبصرية.
3. اتباع التعليمات.
4. التناسق في الحركات الدقيقة والكبيرة (مسك القلم، استخدام المقص).
5. تنمية اللغة.
6. تنمية مهارات العناية بالذات (ربط الحذاء، التزرير، استخدام الحمام).
7. التفاعل مع الأقران ضمن مجموعات.

وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر مرحلة مناسبة لاشتراك الأهل في تربية أطفالهم، كما أن الأمهات يستطعن أن يكن مدرسات ناجحات لأطفالهن في هذه المرحلة، خاصة أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو صعوبة معينة. (Kauffman,1981,p:301)

ثانياً: برامج المرحلة الابتدائية

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة الابتدائية فيما بين (6 ـ 10) سنوات زمنية، ويلتحق معظم الأطفال القابلين للتعلم في الصف الأول الابتدائي في سن السادسة، إلا أنهم يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف، وذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية في هذه المرحلة فيما بين (4 ـ 6) سنوات، وعلى الرغم من أنهم يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكنهم من دراسة المناهج في مستوى المرحلة الابتدائية، إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس، وتطوير عدد من المفردات والعادات الصحية السليمة، ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء أداء العمل أو اللعب، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة في مستوى أطفال مرحلة الروضة من العاديين، بشكل عام فإن برامج هذه المرحلة تعتبر استمراراً لبرامج مرحلة ما قبل المدرسة، للتدريب على تنمية المهارات الأساسية (مهارات التواصل، العمليات الإدراكية، الاعتماد على النفس، والمهارات الاجتماعية) (Kauffman, 1981, P:305).

ثالثاً: برامج المرحلة المتوسطة

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة المتوسطة فيما بين (10 ـ 13) سنة زمنية، في حين تتراوح أعمارهم العقلية ما بين (6 ـ 8) سنوات، ونجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يصلون إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع بسبب نظام النقل التلقائي، إلا أنهم يفشلون بعد ذلك في النجاح الأكاديمي والانتقال من الصفوف العليا، مما يستلزم وضعهم في فصول أو مدارس خاصة.

وتركز برامج المرحلة المتوسطة على النشاطات والجوانب الأكاديمية، مثل مهارات القراءة والكتابة والحساب، وتنمية العمليات العقلية كالتمييز والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير المفاهيمي.

هذا ويلخص الريحاني (1985) الأهداف الأساسية لتعليم القابلين في هذه المرحلة بما يلي:

1. تنمية المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة، والتهجئة، والحساب، مع الأخذ بالاعتبار أن الطفل لا يحتاج إلى هذه المهارات إلا بالقدر الذي يساعده في حياته المهنية والاجتماعية.
2. التكيف مع البيئة المادية عن طريق التعرف على طرق المواصلات وجغرافية المنطقة المحيطة به، ومراكز الخدمات المختلفة التي يحتاجها كالمحلات التجارية، وأقسام الشرطة، والمصانع، والحدائق العامة، والأندية، ويتم تحقيق ذلك عن طريق الرحلات أو الزيارات الميدانية.
3. التكيف مع البيئة الاجتماعية، وذلك بتنمية قدرته على المشاركة والتعاون وتحمل المسؤولية واتباع العادات والتقاليد الاجتماعية.
4. التكيف مع البيئة الشخصية، وذلك بتنمية العادات الصحية السليمة والمحافظة على النظافة وتجنب مصادر الخطر سواء في التنقل أو في العمل، بالإضافة إلى تنمية الشعور بالنجاح والأهمية واحترام الذات وتقديرها والشعور بالأمن والاطمئنان، وهي جميعها مظاهر للصحة النفسية (الريحاني، 1985، ص: 288).

رابعاً: برامج المرحلة الثانوية

في المرحلة الثانوية يكون المعاق عقلياً قد تراوح عمره الزمني فيما بين (13 ـ 20) سنة، وتمثل هذه المرحلة نهاية التعليم المدرسي الرسمي وتهدف إلى استكمال إعداد الفرد المعوق ليكون عضواً نافعاً في مجتمعه محققاً درجة ملائمة من الاستقلالية والتكيف، ولتحقيق ذلك فإن البرنامج التعليمي يركز بشكل خاص على تدريب الفرد على المهارات المهنية (التدريب المهني)، ويتم تعزيز برنامج التدريب المهني من خلال التدريب على المهارات الاستقلالية والمهارات الاجتماعية الملائمة لجنس المعوق في هذه المرحلة العمرية، **وتشمل المهارات المهنية:**

- إتقان مهنة محددة تتوافق مع ميول وقدرات المعوق عقلياً.
- مهارات البحث عن وظيفة.
- التقدم بطلبات التوظيف والسلوك أثناء المقابلة.
- السلوك المهني المرغوب فيه ومهارات الحفاظ على الوظيفة.

أما في جانب المهارات الاستقلالية فيتم التدريب على:

- العناية بالذات والصحة العامة وتنظيف المنزل.
- اختيار الملابس المناسبة والمحافظة على جمال المظهر.
- إعداد وجبات الطعام الخفيفة.
- مهارات التسوق.
- ضبط الميزانية الشخصية والادخار.
- الاستفادة من التسهيلات والخدمات المختلفة في البيئة المحيطة.
- استثمار وقت الفراغ والنشاطات الترفيهية.
- تكوين الأسرة وإدارتها.

أما في مجال المهارات الاجتماعية فيتم التأكيد على المهارات التالية:

- مهارات التفاعل اللفظي.
- إقامة العلاقات والصداقات الاجتماعية.

- أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة للفرد في مثل هذا السن.
- تعزيز مفهوم الهوية (معرفة المشاعر والميول والرغبات).

وأخيراً فإن برامج المرحلة الثانوية تؤكد على فهم الصحة النفسية الجسمية بما يتضمنه هذا الفهم من اتباع القواعد الصحية السليمة بالإضافة إلى تقبل الذات والشعور بالأمن والاطمئنان (سيسالم وآخرون، 1987، ص: 125).

خامساً: برامج ما بعد المدرسة

يفترض في الملتحقين ببرامج ما بعد المدرسة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، أن يكونوا قد انتهوا من الدراسة الأكاديمية التي تتناسب مع قدراتهم، وتدربوا على مهارات الاستعداد المهني، وحصلوا على قدر كاف من المهارات الاجتماعية التي تؤهلهم للتفاعل المباشر مع الحياة العامة. ويتم تنفيذ برامج ما بعد المدرسة عادة في ورش محمية، تحت إشراف إدارة التأهيل المهني التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية في معظم بلاد العالم، ويقدم خلالها برنامج تأهيلي، حيث تدريب الطالب على مهمة أو حرفة تتناسب مع قدراته وميوله، وبعد إتمام فترة التدريب بالنسبة للطالب على مهنة، يتم إلحاقه للعمل في مصنع أو مؤسسة، ثم تقوم الجهات المعنية بمتابعته للتعرف على الصعوبات أو المشاكل التي قد يوجهها، ومحاولة مساعدته في التغلب عليها، كما يتم دراسة مدى إجادته للمهارات التي يتطلبها العمل، ومدى تكيفه مع ظروف العمل ومع الزملاء والرؤساء.

ولقد ذكر سميث (1971) أن البرامج المهنية في مرحلة ما بعد المدرسة تتألف من خمسة أوجه هي:

الوجه الأول: الكشف المهني (Vocational Exploration): وفيه يتم تعريف الطالب بمجموعة متعددة من المهن والمهارات التي تتطلبها كل مهنة، كي يصبح على ألفة بطبيعة كل مهنة.

الوجه الثاني: تقييم المهنة (Vocational Evaluation): وهذا الوجه يتضمن تعريض الطالب لخبرات ومهارات عمل مختلفة وذلك بهدف التأكد من قدراته وميوله المهنية.

الوجه الثالث: التدريب المهني (Vocational Training): ويهدف هذا إلى تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله الطالب، وعادة ما يصل الطالب إلى مستوى نصف المهارة، حيث يتم التدريب تحت إشراف مدرب متخصص في مجال التربية الخاصة.

الوجه الرابع: التوظيف (Vocational Placement): ويتعلق هذا الوجه بإيجاد عمل للطالب بعد تخرجه.

الوجه الخامس: المتابعة (Follow up): وتتعلق المتابعة بتقديم الإرشادات والتوجيهات للمتخرج أثناء أدائه العمل، كذلك العمل على مساعدته في حل المشاكل أو الصعوبات التي قد تواجهه أثناء العمل (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 73).

توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً:

لا بد للمربين العاملين مع المعوقين عقلياً أن يتذكروا دائماً أبرز الخصائص المميزة للمعوقين عقلياً، خاصة ذات الصلة المباشرة في القدرة على التعلم وتكييف المواد والأساليب التعليمية المقدمة لهم على ضوء تلك الخصائص، ولقد سبق وتمت الإشارة إلى أبرز الخصائص التعليمية للمعوقين عقلياً كضعف الذاكرة والانتباه، وبطء معدل التعلم، وانخفاض مستوى الدافعية، والتوقع العالي للفشل.

وفيما يلي مجموعة من التوجيهات العامة للمعلمين، تهدف إلى تسهيل عملية تعلم المعوقين عقلياً والوصول بهم إلى أقصى أداء ممكن.

1. التدرج في المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل:

يجب أن ينظم الموقف التعليمي بحيث يتيح أكبر فرصة ممكنة للنجاح، مساعدة المعوق عقلياً على التغلب على مشكلة توقع الفشل، الناجمة عن تراكم خبرات الإحباط، وينصح دائماً بالبدء في تعليم المهمات الأسهل، ومن ثم الانتقال إلى المهمات الأكثر صعوبة، وتتضمن المهمة الواحدة في العادة مهمات فرعية يتطلب أداؤها

مهارات مختلفة، مما يجعل تعلم تلك المهمة عملية صعبة بالنسبة للمعوق عقلياً، لذا فعلى المربي أن يقوم بتجزئة مثل تلك المهمة إلى أجزائها الفرعية، وفق تسلسل أدائها، ومن ثم القيام بملاحظة أداء المعوق للمهمة قبل التدريب وتحديد الأجزاء التي لا يتقنها تمهيداً لتدريبه على أدائها تدريجياً، ويعرف هذا الأسلوب المستند إلى النظرية السلوكية في التعلم بأسلوب تحليل المهمة.

2. تقديم المساعدة في الأداء ومن ثم تخفيفها بشكل تدريجي:

على المربي أن يقدم للطفل المساعدة اللازمة للتوصل إلى الاستجابة الصحيحة حيثما برزت حاجة الطفل لذلك، وتختلف طبيعة المساعدة اللازمة من موقف لآخر، ففي بعض الأحيان قد تكون الإشارات اللفظية كافية كإعطاء دليل أو مؤشر على الإجابة أو إعادة صياغة التعليمات أو وصف الخطوة الأولى في السلوك المطلوب أو الإيماءات المختلفة، وفي حالات أخرى يتطلب الموقف تقديم مساعدة جسدية في الأداء مثل مسك يد الطفل أثناء الكتابة أو ارتداء الملابس، ويتم تخفيف المساعدة بشكل تدريجي أثناء التعليم إلى أن يتم إتقان ارتداء الملابس بنجاح دون مساعدة أو بأقل درجة ممكنة منها.

3. التكرار:

للتغلب على مشكلة بطء التعلم وصعوبات الذاكرة على المعلم أن يقوم بتكرار التعليم لضمان إتقان الطفل للمعلومات أو المهارة التي هو بصدد تعليمها، وحتى لا يكون ذلك التكرار مملاً، على المعلم أن يراعي الفترات والمواقف التي تتطلب ذلك.

4. تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من المشتتات:

للمساعدة في تحسين قدرة الفرد المعوق عقلياً على الانتباه أثناء الموقف التعليمي، يجب الإقلال قدر الإمكان من المثيرات المشتتة للانتباه، وإبراز العناصر الأساسية في المهمة التعليمية، وجعل فترة التدريب قصيرة بحيث لا تزيد عن (15 ـ 20) دقيقة، حتى لا يصاب الطفل بالإرهاق الذي يؤدي بدوره إلى زيادة قابلية الطفل للتشتت. (القريوتي وآخرون، 1995).

5. التعزيز للاستجابة الصحيحة:

تشير الدراسات المختلفة إلى أن التعزيز أو المكافأة على الاستجابة أو السلوك المرغوب فيه يؤدي إلى تعليم المعوقين القيام بتلك الاستجابات بشكل أسرع مقارنة مع غياب التعزيز، وهذا يعني أنه من المفيد حين يقوم المعوق عقلياً بالفعل الصحيح أو السلوك الذي نرغب فيه أن نقدم له مكافأة على ذلك وهذه المكافأة قد تكون شيئاً مادياً، مثلاً حلوى أو نقود، أو قد تكون تعزيزاً معنوياً مثل المديح أو اجتماعياً كأن نسمح له أن يلعب مع الآخرين.

6. تعليم مفهوم واحد في المرة الواحدة:

من الصعب تعليم المعوقين عقلياً أكثر من مفهوم أو مهارة واحدة في الوقت الواحد، كذلك فإن المعوق عقلياً يصعب عليه الاستيعاب إذا أعطيت له تعليمات مختلفة في وقت واحد.

7. توفير الدافعية اللازمة للتعلم:

من المفيد خلق أو توفير الدافعية عند المعوق في عملية التعلم، والتي قد تتأثر بطبيعة المواد المستعملة في التدريب أو التعلم، ومدى قدرتها على التشويق، كذلك مدى ما يتعرض له الطفل من نجاح في عملية التعلم، كذلك، قصر فترة التعليم وأيضاً شخصية المعلم وطبيعة تعامله مع الطفل ومدى تقبله للطفل المعاق.

8. انتقال أثر التعليم الإيجابي:

عندما يتعلم أو يتدرب الطفل على مهارة معينة، فمن المفيد أن نوفر له المجال لنقل أو تطبيق هذا التعلم إلى مجال آخر، أي لتعميم المهارة التي تعلمها أو تدرب عليها في المجالات الأخرى المشابهة.

9. الثبات في السلوك (الروتين):

من المعروف أن المعوقين عقلياً يفضلون القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها وأتقنوها فهم لا يفضلون التغيير في المواقف اليومية أو الحياتية فهم ميالون إلى تكرار النمط السلوكي الذي يعتادون عليه، فالعمل المتكرر (الروتين) الذي يزعج الأفراد

غير المعوقين لا يؤدي إلى نفس درجة الإزعاج عند المعوقين، فهذا يعني أن النمط السلوكي اليومي الذي يقومون به في المنزل أو العمل من الأفضل أن يوفر لهم بشكل ثابت بالقدر الممكن، لأنه يسهل عليهم القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها دون الحاجة إلى تدريب جديد ، أي أن قدرتهم على نقل التعلم أو التدريب من موقف إلى آخر ليست بالسهولة أو المرونة التي يحققها غير المعوق (Hallahan & Kauffman, 2006).

الفصل الثاني
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي صعوبات التعلّم

- مقدمة.
- تعريف صعوبات التعلم.
- نسبة انتشار صعوبات التعلم.
- أسباب الاختلاف حول نسبة انتشار صعوبات التعلم.
- تصنيف صعوبات التعلم.
- خصائص ذوي صعوبات التعلم.
- البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي صعوبات التعلم.
- التدريس الفعال للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية.
- الأساليب العلاجية والتدريسية الفعّالة لذوي صعوبات التعلم.

الفصل الثاني
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي صعوبات التعلّم

مقدمة :

إن الأفراد ذوي صعوبات التعلم كغيرهم من الأطفال العاديين لهم حقهم في الحياة الكريمة والتعليم كحقهم في الماء والغذاء والهواء والرعاية الإنسانية التي لم تعد اليوم مسلمة من مسلمات الشفقة والإحسان، بل أصبحت استراتيجية من استراتيجيات تقدم الحضارات، وهدفاً رفيعاً ترتفع معه الغايات والوسائل التي تسعى لخدمة الإنسان بما يحفظ حياته، ويصون كرامته (الوقفي، 2002).

هذا وقد شهد ميدان صعوبات التعلم نمواً متسارعاً واهتماماً متزايداً في العقود الأربعة الأخيرة بحيث أصبح محوراً للعديد من الأبحاث والدراسات، فقد اهتم بهذا المجال متخصصون بالتربية الخاصة، والتربية العادية، وعلم الأعصاب، وعلم النفس وتخصصات أخرى.

وقد بين كل من (Barklay, 1997:Lerner, 1997) أن صعوبات التعلم اصطلاح تربوي حديث، يطلق على مجموعة غير متجانسة من الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، ممن هم غير مشمولين ضمن فئات الحاجات الخاصة، كالصم، والمكفوفين، والمعوقين عقلياً، وذوي الاضطرابات الانفعالية، وما شابه ذلك.

وتتميز حالات صعوبات التعلم:

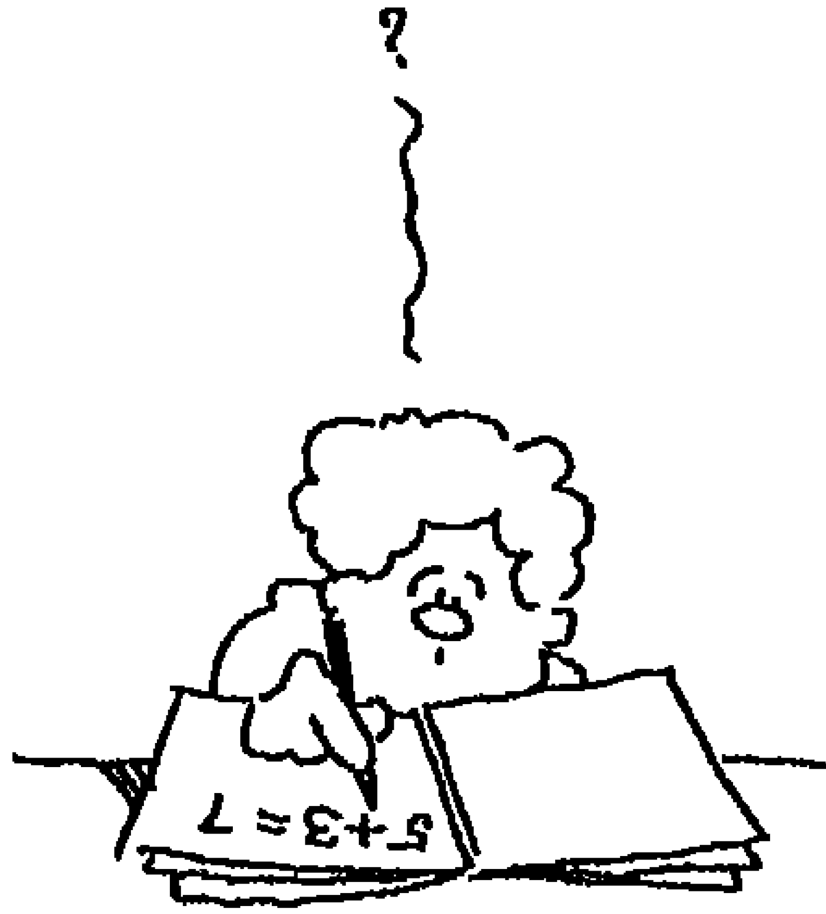
- بالتفاوت والاختلاف فيما بينها.
- وتعتبر كل حالة فريدة بنوعها.

فالفرد ذو الصعوبات التعلمية تظهر لديه الصعوبة في مجال ما وقد لا تظهر في غيره، أي أن لكل حالة خصائصها ومظاهرها المختلفة عن الحالة الأخرى، وكان للتقدم الذي أحرزه مجال صعوبات التعلم في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي بالغ الأهمية، فقد تحدد مفهوم صعوبات التعلم وتم إقراره، كما انتشرت وتوسعت

وتنوعت برامج التربية الخاصة في المدارس العامة وتكاتفت الجهود لبناء وإعداد الأدوات والاختبارات وأساليب التشخيص والتقويم في هذا المجال.

ومما يجدر ذكره أن هنالك كثيراً من التخصصات التي اعتنت بهذا المجال وأولته الكثير من الرعاية والاهتمام وذهبت تمعن النظر في أساسه ونتائجه على الطفل على المدى البعيد (Hallahan & Kauffman, 2000).

تعريف صعوبات التعلم:



لقد ظهر مصطلح صعوبات التعلم لأول مرة في عام (1963) من القرن الماضي وكان أول من استخدم هذا الاصطلاح (صموئيل كيرك).

حيث اقترح كيرك (Kirk) الذي يعدّ من أشهر المختصين في هذا المجال، صيغة التعريف وقدمها إلى اجتماع لممثلي عدد من المجتمعات المهتمة بشؤون الأطفال الذين يعانون من تلف دماغي أو صعوبات في الإدراك، وتمت الموافقة على التعريف بنصه الآتي:

((يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطرابات أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، والكتابة، أو العمليات الحسابية، نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي)) (Kirk and Chalfant, 1984).

ثم بعد ذلك تنوعت تعريفات العلماء حول مصطلح صعوبات التعلم وفيما يلي عرض لأهم هذه التعريفات:

- تعريف مايكل بست (Mykle bust): لقد عرفها ((بأنها اضطرابات نفسية عصبية في التعلم وتحدث في أي سن وتنتج عن انحرافات في الجهاز العصبي المركزي وقد يكون السبب راجعاً إلى الإصابة بالمرض أو التعرض للحوادث أو لأسباب نمائية)).

- تعريف ليرنر (Lerner): وقد تضمن بعدين رئيسين هما:

1. البعد الطبي: لتعريف صعوبات التعلم، ويركز في هذا التعريف على ((الأسباب الفسيولوجية الوظيفية والتي تتمثل في الخلل العصبي أو تلف الدماغ)).
2. البعد التربوي: لتعريف صعوبات التعلم ويشير ((إلى عدم نمو القدرات العقلية بطريقة منتظمة، ويصاحب ذلك عجز أكاديمي، وبخاصة في مهارات القراءة والكتابة والتهجئة، والمهارات العددية، ولا يكون سبب ذلك العجز الأكاديمي عقلياً أو حسياً، كما يشير التعريف التربوي إلى وجود تباين في التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية للفرد)) (Lerner, 2000).

نسبة انتشار صعوبات التعلم:

إن معرفة حجم المشكلة أمر ضروري للتخطيط التربوي لتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية، وتشير الدراسات إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من الصعوبات التعلمية تتفاوت من دراسة إلى أخرى، حيث أشار **مايكل بست وبوش** في عام (1969) إلى أنها تقدر بحوالي (15٪) من مجموع الأطفال، بينما قدر باتشر وجريلوك عام (1986) هذه النسبة بحوالي (20٪)، وتختلف نسب التقديرات باختلاف المعايير المستخدمة وعلة ذلك عدم الاتفاق على تعريف معين للصعوبات التعلمية أو على أساليب معينة للتعرف عليها والكشف عنها، وتتفاوت نسبة الصعوبات التعلمية تفاوتاً جذرياً بين الذكور والإناث، إذ تميل دراسات كثيرة إلى تقديرها بنسبة 1:4 بمعنى أنها أكثر انتشاراً بين الذكور، وإذا قورنت نسبة ذوي صعوبات التعلم بغيرها من نسب فئات التربية الخاصة نجدها تحتل المكان الأول من حيث الحجم، حيث يقدرها البعض بأنها تشكل ما يزيد عن (50٪) من مجموع فئات التربية الخاصة مجتمعة.

أسباب الاختلاف حول نسبة انتشار صعوبات التعلم:

لا تتوافر معلومات إحصائية دقيقة حول أعداد الطلبة ذوي صعوبات التعلم ونسبة انتشارها وذلك عائد لسببين هما:

- اختلاف تعريفات صعوبات التعلم.
- اختلاف إجراءات الكشف عنهم.

إلا أنه عالمياً تراوحت نسبة انتشار صعوبات التعلم ما بين (1٪ ـ 30٪) في مجتمع طلبة المدارس.

وتشير ليرنر (Lerner,2000) إلى أن نسبة الطلاب ذوي صعوبات التعلم في الولايات المتحدة الأمريكية في السنة الدراسية (1993/1992) لطلبة المدارس الذين تراوحت أعمارهم ما بين (6 ـ 21) سنة هي (4.09) من عدد سكان الولايات المتحدة.

أما بالنسبة لانتشار صعوبات التعلم من بين الإعاقات الأخرى فقد بلغت (51.1٪) بمعنى أن أكثر من نصف الطلبة المخدومين ضمن طلبة التربية الخاصة هم من ذوي الصعوبات التعليمية.

وتضيف ليرنر أن الإحصاءات تؤكد الاعتقاد السائد بأن نسبة شيوع صعوبات التعلم لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور (72٪) بينما نسبة الإناث (28٪) من مجموع ذوي صعوبات التعلم الذين يتلقون خدمات تربوية خاصة.

وقد فسر الباحثون إصابة الذكور بصعوبات التعلم أكثر من الإناث على أساس عدد من العوامل منها:

1. **العوامل البيولوجية**: تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذكور عرضة للإصابة بتلف الدماغ في مراحل ما قبل الولادة أكثر من الإناث، لأن أوزان الأطفال عند الذكور تكون أكثر من أوزان الأطفال الإناث مما قد يؤدي إلى مخاطر أكثر أثناء عملية الولادة، كما أنهم عُرضة أكثر للإصابة بالتلف الدماغي في مراحل ما بعد الولادة نتيجة لإصابات الرأس المباشرة أكثر من الإناث (بسبب طبيعة النشاط الحركي لديهم).
2. **العوامل المتصلة بالنضج**: حيث يلاحظ بأن معدلات نضج الذكور أبطأ منها لدى الإناث منذ سن الولادة وحتى المراهقة، كما أن النمو العصبي للقشرة

الدماغية والذي يرتبط بالانتباه واللغة يسير بمعدلات أبطأ لدى الذكور منه عند الإناث.

3. **العوامل الاجتماعية:** فقد لوحظ أن العوامل الاجتماعية ترتبط بالعوامل المتعلقة بالنضج بشكل غير مباشر، إذ إن معدلات النضج البطيئة لدى الذكور والتي تمت الإشارة إليها سابقاً تؤدي إلى ضعف الاستعداد المدرسي لديهم وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى ضعف أدائهم الأكاديمي وخصوصاً في الصفوف الأولى (الصمادي، جميل ؛ الناطور، ميادة؛ الشحومي، عبدالله، 2003، ص: 184).

تصنيف صعوبات التعلم :

تشكل الأسس النمائية الأطر الرئيسة للتعلم الأكاديمي حيث ترتبط صعوبات التعلم الأكاديمية والتي تتمثل في صعوبات القراءة، والكتابة والتهجئة، والتعبير الكتابي، والحساب، فتعلم القراءة يتطلب الفهم والقدرة على استخدام اللغة والقدرة البصرية، وإدراك العلاقات، والإدراك السمعي.

ويتطلب تعلم الكتابة العديد من المهارات الحركية، كما يتطلب تعلم المهارات الحسابية مهارات التصور البصري المكاني والمفاهيم الكمية، وغيرها من المهارات.

فصعوبات التعلم ليست مفهوماً موحداً ولا تمثل مجموعة متجانسة من الطلاب ولكنها تضم أطيافاً واسعة من الأفراد لا ينتظمهم رابط سوى أنهم لا يتعلمون بالطرق التي يتعلم بها الأسوياء، وتقسم صعوبات التعلم إجرائياً إلى:

أولاً : صعوبات تعلم نمائية

وهي تتعلق بنمو القدرات العقلية والعمليات المسؤولة عن التوافق الدراسي للطالب وتوافقه الشخصي والاجتماعي والمهني وتشمل صعوبات (الانتباه ـ الإدراك ـ التفكير ـ التذكر ـ حل المشكلة) ومن الملاحظ أن الانتباه هو أولى خطوات التعلم ودونه لا يحدث الإدراك وما يتبعه من عمليات عقلية مؤداها في النهاية التعلم، حيث إن النظرة العلمية والموضوعية للإنسان بأنه كل متكامل وليس أجزاء متفرقة.

لذلك يمكن القول ابتداء بأن أي قصور في أي جانب سوف لا يقتصر أثره في الجانب ذاته، وإنما ينعكس على جوانب أخرى فالقصور في عمليات الانتباه والإدراك والذاكرة والتفكير، وهي عمليات عقلية على غاية من الأهمية، سيكون لها تأثيرها السلبي في اكتساب اللغة والمعرفة، إن الصعوبات النمائية ستفرز بصداها السلبي على اكتساب القراءة والكتابة والحساب، فالانتباه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمثيرات الحسية الصادرة من الآخر، والقصور في عملية الانتباه يقلل من الإفادة من هذه المثيرات سواء كانت سمعية أو بصرية أو لمسية، كما يؤثر في ذات الوقت في عملية الاتصال مع الآخرين والتي ترتبط أيضاً بالتكيف الاجتماعي.

كما أن للتذكر دوره في استرجاع الخبرات المخزونة في الذاكرة سواء كانت بصريه أو سمعية أو لمسية، وهي الأخرى تؤثر في التحصيل الدراسي، أما الإدراك فيؤثر في عمليات التمييز البصري والسمعي واللمسي والتناسق البصري الحركي والغلق والعلاقات المكانية.

ثانياً: صعوبات تعلم أكاديمية

وهي تشمل صعوبات القراءة والكتابة والحساب وهي نتيجة ومحصلة لصعوبات التعلم النمائية، إذ إن عدم قدرة الطالب على تعلم المهارات الإدراكية السابقة يؤثر على اكتسابه التعلم في المراحل التالية من عمره.

ويمكن القول إنها نتيجة للقصور في عمليات الانتباه والإدراك والتذكر والتفكير حيث يتعرض الطفل إلى صعوبات في القراءة والكتابة والتهجئة والتعبير الكتابي والإملائي والعمليات الحسابية، فمثلاً قد لا يلاقي الطفل صعوبة في تذكر الكلمات والحروف التي سبق أن تعلمها لقصور تذكره البصري أو السمعي، أو قصور في تنظيم التصور الجسدي، لذلك يحدث اللاتوافق بين مستوى ذكاء الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم والمستوى القرائي والكتابي والحسابي له.

أسباب اختلاف وجهات النظر حول تصنيفات صعوبات التعلم:

يعود هذا الاختلاف للأسباب الآتية:

1. إن صعوبات التعلم ليست ذات مظهر واحد وإنما ذات عدة مظاهر وليس بالضرورة أن تتواجد هذه المظاهر في فرد بذاته.
2. درجاته مختلفة إذ إن المظاهر التي ذكرت في مجال صعوبات التعلم ليست بدرجة واحدة وبالتالي تتأثر الصعوبة بدرجة مظاهره.
3. إن أسبابها متعددة.
4. إن المهتمين بهذه الفئة شرائح مختلفة كأخصائي الطب والاجتماع والنفس والتربية الخاصة.

ويعد تصنيف الصعوبات على أساس صعوبات نمائية وأخرى أكاديمية من أكثر التصنيفات تداولاً، هذا وتوجد الصعوبات التعلميّة على حد من التنوع يصعب معه تصنيف أنماطها في قائمة محددة وذلك خلافاً لغيرها من فئات التربية الخاصة.

خصائص ذوي صعوبات التعلم:

يظهر الأطفال ذوو صعوبات التعلم مجموعة واسعة من أصناف السلوك التي تتكرر في العديد من المواقف التعليمية والاجتماعية، وصفتها كثير من المصطلحات ووضعت بها قوائم طويلة من الصفات والميزات التي تظهر بعضها على هذا الطفل أو ذاك، ولكنها لا تظهر جميعها على طفل بعينه، والتي يمكن للمعلم أو الأهل ملاحظتها بدقة عند مراقبتهم في المواقف المتنوعة والمتكررة.

ومن أهم هذه الصفات ما يلي:

1. اضطرابات في الإصغاء:

تعتبر ظاهرة شرود الذهن، والعجز عن الانتباه والميل للتشتت نحو المثيرات الخارجية، من أكثر الصفات البارزة لهؤلاء الأفراد، إذ إنهم لا يميزون بين المثير الرئيس والثانوي، حيث يمل الطفل من متابعة الانتباه لنفس المثير بعد وقت قصير جداً، وعادة لا

يتجاوز أكثر من عدة دقائق، فهؤلاء الأطفال يبذلون القليل من الجهد في متابعة أي أمر، أو أنهم يميلون بشكل تلقائي للتوجه نحو مثيرات خارجية ممتعة بسهولة، مثل النظر عبر نافذة الصف، أو مراقبة حركات الأطفال الآخرين، بشكل عام، نجدهم يلاقون صعوبات كبيرة في التركيز بشكل دقيق في المهمات والتخطيط المسبق لكيفية إنهائها، وبسبب ذلك يلاقون صعوبات في تعلم مهارات جديدة (السرطاوي وآخرون، 2001).

2. الحركة الزائدة وتشتت الانتباه:

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-1V-TR,1994) إلى أن تشتت الانتباه ينتشر بين طلاب المرحلة الابتدائية بنسبة (3 ـ 5٪)، وينتشر بين الذكور والإناث بنسبة (1:3) (Eric & Barkley,1998).

والحركة الزائدة وتشتت الانتباه تميّز بشكل عام الأطفال الذين يعانون من صعوبات مركبة من ضعف الإصغاء والتركيز، وكثرة النشاط، والاندفاعية، ويطلق على تلك الظاهرة باضطرابات الإصغاء والتركيز والحركة الزائدة (ADHD)، وتلك الظاهرة مركبة من مجموعة صعوبات، تتعلق بالقدرة على التركيز، وبالسيطرة على الدوافع وبدرجة النشاط (Barkley, 1997).

3. الاندفاعية والتهور:

قسم من هؤلاء الأطفال يتميزون بالتسرع في إجاباتهم، وردود فعلهم، وسلوكياتهم العامة، مثلاً، قد يميل الطفل إلى اللعب بالنار، أو القفز إلى الشارع دون التفكير في العواقب المترتبة على ذلك، وقد يتسرع في الإجابة على أسئلة المعلم الشفوية، أو الكتابة قبل الاستماع إلى السؤال أو قراءته، كما أن بعضاً منهم يخطئون بالإجابة على أسئلة قد عرفوها من قبل، أو يرتجلون في إعطاء الحلول السريعة لمشاكلهم، بشكل قد يوقعهم بالخطأ، وكل هذا بسبب الاندفاعية والتهور.

4. صعوبات لغوية مختلفة:

لدى البعض منهم صعوبات في النطق، أو في الصوت ومخارج الأصوات، أو في فهم اللغة المحكية، حيث تعتبر الدسلكسيا (صعوبات شديدة في القراءة)، وظاهرة

الديسغرافيا (صعوبات شديدة في الكتابة)، من مؤشرات الإعاقات اللغوية، كما ويعد التأخر اللغوي عند الأطفال من ظواهر الصعوبات اللغوية، حيث يتأخر استخدام الطفل للكلمة الأولى لغاية عمر الثالثة بالتقريب، علماً بأن العمر الطبيعي لبداية الكلام هو في نهاية السنة الأولى.

5. صعوبات في التعبير اللفظي (الشفوي):

يتحدث الطفل بجمل غير مفهومة، أو مبنية بطريقة خاطئة وغير سليمة من ناحية التركيب القواعدي، هؤلاء الأطفال يستصعبون كثيراً في التعبير اللغوي الشفوي، إذ نجدهم يتعثرون في اختيار الكلمات المناسبة، ويكررون الكثير من الكلمات، ويستخدمون جملاً متقطعة، وأحياناً دون معنى؛ عندما يطلب منهم التحدث عن تجربة معينة، أو استرجاع أحداث قصة قد سمعوها سابقاً، وقد تطول قصتهم دون إعطاء الإجابة المطلوبة أو الوافية، إن العديد منهم يعانون من ظاهرة يطلق عليها **بعجز التسمية** (Dysnomia)، أي صعوبة في استخراج الكلمات أو إعطاء الأسماء أو الاصطلاحات الصحيحة للمعاني المطلوبة، فالأمر الذي يحصل لنا عدة مرات في اليوم الواحد، عندما نعجز عن تذكر بعض الأسماء أو الأحداث، نلاحظه يحدث عشرات، بل مئات المرات لذوي الصعوبات التعلمية (الزيات، 1998).

6. صعوبات في الذاكرة:

إن تزايد المعلومات المعالجة وتخزينها يؤديان حتماً إلى تسرب المعلومات إلى وظائف وظواهر أخرى لها علاقة بأنماط السلوك مما يجعل الفرد في متاهة تفاعلية وسلوكية غير صائبة أو غير هادفة ومتسمة بالعشوائية، الشيء الذي يعيق حياته اليومية والتواصلية.

ومن الجدير ذكره أنه يوجد لدى كل فرد **ثلاثة أقسام رئيسة للذاكرة**، وهي: **الذاكرة القصيرة، والذاكرة العاملة، والذاكرة البعيدة**، حيث تتفاعل تلك الأجزاء مع بعضها البعض لتخزين واستخراج المعلومات والمثيرات الخارجية عند الحاجة إليها، والأطفال الذين يعانون من الصعوبات التعلمية، عادة، يفقدون القدرة على توظيف تلك

الأقسام أو بعضها بالشكل المطلوب، وبالتالي يفقدون الكثير من المعلومات؛ مما يدفع المعلم إلى تكرار التعليمات والعمل على تنويع طرق عرضها، فعلى سبيل المثال يأخذ الطفل فترة أطول من غيره في حفظ المعلومات وتعلمها كحفظ الألوان وأيام الأسبوع، وقد لا يستطيع تقديم معلومات عن نفسه أو أسرته، كذلك قد ينسى أدواته وكتبه أو ينسى أن يكمل واجباته، وقد يقرأ قصة ومع نهايتها يكون قد نسي ما قرأه في البداية.

7. صعوبات في التفكير:

هؤلاء الأطفال يواجهون مشكلة في توظيف الاستراتيجيات الملائمة لحل المشاكل التعليمية المختلفة، فقد يقومون بتوظيف استراتيجيات بدائية وضعيفة لحل مسائل الحساب وفهم المقروء، وكذلك عند الحديث والتعبير الكتابي، ويعود جزء كبير من تلك الصعوبات إلى افتقار عمليات التنظيم، لكي يتمكن الإنسان من اكتساب العديد من الخبرات والتجارب، فهو بحاجة إلى القيام بعملية تنظيم تلك الخبرات بطريقة ناجحة، تضمن له الحصول عليها واستخدامها عند الحاجة، ولكن الأطفال الذين يعانون من الصعوبات التعلمية وفي العديد من المواقف يستصعبون بشكل ملحوظ في تلك المهمة، إذ يستغرقهم الكثير من الوقت للبدء بحل الواجبات وإخراج الكراسات من الحقيبة، والقيام بحل مسائل حسابية متواصلة، أو ترتيب جملهم أثناء الحديث أو الكتابة (Lerner, 2000).

8. صعوبات في فهم التعليمات:

التعليمات التي تُعطى لفظياً ولمرة واحدة من قبل المعلم تشكل عقبة أمام هؤلاء الطلاب، بسبب مشاكل التركيز والذاكرة، لذلك نجدهم يسألون المعلم تكراراً عن المهمات أو الأسئلة التي يوجهها للطلاب، كما وأن البعض منهم لا يفقهون التعليمات المطلوبة منهم كتابياً، لذا يلجأون إلى سؤال المعلم أو حتى التوقف عن التنفيذ حتى يتوجه إليهم المعلم ويرشدهم فردياً.

9. صعوبات في الإدراك العام واضطراب المفاهيم:

يعاني الطفل من صعوبات في إدراك المفاهيم الأساسية مثل: الشكل والاتجاهات والزمان والمكان، والمفاهيم المتجانسة والمتقاربة والأشكال الهندسية الأساسية وأيام الأسبوع...إلخ. فمثلاً:

- قد لا يستطيع الطفل التمييز بين أصوات الكلمات مثل (أشجار ـ أشجان، سيف ـ صيف) ولا يركز أثناء القراءة.
- قد لا يستطيع الطفل تصنيف الأشكال وفقاً للون أو الحجم أو الشكل أو الملمس.
- يعاني الطفل من مشكلة إكمال الصور والأشكال الناقصة وألعاب الفك والتركيب.
- قد لا يستطيع الطفل التركيز على ما يقال له أثناء تشغيل المذياع أو التليفزيون وقد يكون غير قادر على التركيز على ما يقوله المعلم بالفصل.

10. صعوبات في التآزر الحسي ـ الحركي (Motor Cordination ـ Visual):

عندما يبدأ الطفل برسم الأحرف أو الأشكال التي يراها بالشكل المناسب أمامه، ولكنه يفسرها بشكل عكسي، فإن ذلك يؤدي إلى كتابة غير صحيحة مثل كلمات معكوسة، أو كتابة من اليسار لليمين أو نقل أشكال بطريقة عكسية، هذا التمرين أشبه بالنظر إلى المرآة ومحاولة تقليد شكل أو القيام بنقل صورة تراها العين بالشكل المقلوب، فالعين توجه اليد نحو الشيء الذي تراه بينما يأمرها العقل بغير ذلك ويوجه اليد للاتجاه المغاير، هذه الظاهرة تميز الأطفال الذين يستصعبون في عمليات الخط والكتابة، وتنفيذ المهارات المركبة التي تتطلب تلاؤم عين ـ يد، مثل القص والتلوين والرسم، والمهارات الحركية والرياضية، وضعف القدرة على توظيف الأصابع أثناء متابعة العين بالشكل المطلوب.

11. صعوبات في العضلات الدقيقة:

مسكة القلم تكون غير دقيقة وقد تكون ضعيفة، أو أنهم لا يستطيعون تنفيذ تمارين بسيطة تتطلب معالجة الأصابع.

12. ضعف في التوازن الحركي العام:

صعوبات كتلك تؤثر على مشية الطفل وحركاته في الفراغ، وتضر بقدراته في الوقوف أو المشي على خشبة التوازن، والركض بالاتجاهات الصحيحة في الملعب.

13. اضطرابات عصبية ـ مركبة:

مشاكل متعلقة بأداء الجهاز العصبي المركزي، وقد تظهر بعض هذه الاضطرابات في أداء الحركات العضلية الدقيقة، مثل الرسم والكتابة.

14. البطء الشديد في إتمام المهمات:

تظهر تلك المشكلة في معظم المهمات التعليمية التي تتطلب تركيزاً متواصلاً وجهداً عضلياً وذهنياً في نفس الوقت، مثل الكتابة، وتنفيذ الواجبات البيتية.

15. عدم ثبات السلوك:

أحياناً يكون الطالب مستمتعاً ومتواصلاً في أداء المهمة، أو في التجاوب والتفاعل مع الآخرين؛ وأحياناً لا يستجيب للمتطلبات بنفس الطريقة التي ظهر بها سلوكه سابقاً.

16. عدم المجازفة وتجنب أداء المهام خوفاً من الإخفاق:

هذا النوع من الأطفال لا يجازف ولا يخاطر في الإجابة على أسئلة المعلم المفاجئة والجديدة، فهو يبغض المفاجآت ولا يريد أن يكون في مركز الانتباه دون معرفة النتيجة لذلك، فمن خلال تجاربه تعلم أن المعلم لا يكافئه على أجوبته الصحيحة، وقد يحرجه ويوجه له اللوم أو السخرية إذا أخطأ، لذلك نجده مستمعاً أغلب الوقت أو محجباً عن المشكلة؛ لأنه لا يضمن ردة فعل المعلم أو النتيجة (السرطاوي وآخرون، 2001).

17. الاضطراب الانفعالي والاجتماعي:

إن الاضطراب الانفعالي والاجتماعي هو نتيجة طبيعية للأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم، فهم لا يستطيعون أن يواكبوا أقرانهم من حيث تعلمهم وبناء علاقات اجتماعية بناءة الأمر الذي يجعل رؤيتهم إلى أنفسهم قد تختلف عمن هم بمستوى أعمارهم، فهم قد يميلون إلى معاشرة من هم أقل منهم سناً، وقد يميل الطفل ذو صعوبات التعلم أحياناً إلى الانعزال وعدم الانخراط مع أقرانه الأمر الذي يجعله يكوّن

مفهوماً منخفضاً عن نفسه، وقد يؤدي إلى مشاعر سلبية منها عدم الإحساس بالأمن وعدم القدرة على أداء متطلبات الحياة الاجتماعية، لذلك نجد هؤلاء الأطفال يخفقون في بناء علاقات اجتماعية سليمة، قد تنبع من صعوباتهم في التعبير وانتقاء السلوك المناسب في الوقت الملائم، وقد أشارت الدراسات إلى أن ما نسبته (34٪) إلى (59٪) من الطلاب الذين يعانون من الصعوبات التعلميّة، معرضون للمشاكل الاجتماعية، كما وأن هؤلاء الأفراد الذين لا يتمكنون من تكوين علاقات اجتماعية سليمة، صنفوا كمنعزلين، ومكتئبين، وبعضهم يميلون إلى الأفكار الانتحارية (Bryan, 1997).

18. الانسحاب المفرط:

مشاكلهم الجمة في عملية التأقلم لمتطلبات المدرسة، تحبطهم بشكل كبير وقد تؤدي إلى عدم رغبتهم في الظهور والاندماج مع الآخرين، فيعزفون عن المشاركة في الإجابات عن الأسئلة، أو المشاركة في النشاطات الصفية الداخلية، وأحياناً الخارجية (السرطاوي وآخرون، 2001).

19. صعوبات الإدراك البصري:

يصعب على ذوي صعوبات التعلم أيضاً التركيز، وقد يعجزون في تحقيق التكامل بين الإبصار وحركة أجزاء الجسم، لذلك قد يحدث الخلط بين الحروف والأرقام وخاصة المتشابهة منها مثل (ب، ت)، (ف، ق)، (د، ذ) إضافة إلى بطئهم في تعلم الحروف الهجائية، كما يجدون صعوبة في النسخ إذ لا يستطيعون تذكر القواعد التي تعلموها في الإملاء والتهجئة، وقد يرتبط بهذه الصعوبات، كذلك مشكلات في العلاقات المكنية فيصعب عليهم التعامل مع مفاهيم الشكل والحجم والمسافة.

20. مظاهر الإدراك السمعي:

إن الطفل يجد صعوبة في تذكر أصوات الحروف التي تشكل الكلمات، وتذكر المعلومات الشفهية، وصعوبة تسلسل المعلومات، وصعوبة تركيب الأصوات بعضها البعض لتشكل الكلمات.

21. مشكلات سلوكية أخرى:

- صعوبة في تعلم الوقت وقراءة الساعة.
- صعوبة تعلم ربط شريط الحذاء.
- صعوبة في اتباع التعليمات.
- صعوبة في التمييز بين اليمين واليسار والتأخر في اختيار اليد المستخدمة.
- يتصف بعض هؤلاء الأطفال بالاستمرار والمداومة (Perseveration) وهي صعوبة الانتقال من مهمة إلى أخرى، فيمكن أن يستمر بكتابة كلمة واحدة على أسطر متعددة دون ملل.
- صعوبة في المقدرة الفراغية على التعامل مع الأشكال والمجسمات.
- ويظهر ذوو صعوبات التعلم استمرار ونشاطاً حركياً زائداً فهم كثيرو الحركة ولا يستقرون على حال، وبالرغم من أنهم ينزعون إلى الحركة الزائدة المستمرة فإنهم يتصفون بعدم التوازن في الحركة والمشي، ولا يعود ذلك إلى خلل جسماني، إن ذلك قد يؤدي إلى اتصاف ذوي صعوبات التعلم بالسلوك غير المقبول اجتماعياً، وقد يعمم ذلك بحيث لا تستطيع هذه الفئة من الإيفاء بالتزامات السلوك المقبول.

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي صعوبات التعلم:

من المعروف أن الإعاقة قد تحدّ من قدرة الطفل على التعلم من خلال طرق التدريس العاديّة ممّا يستوجب تزويده ببرامج تربويّة خاصّة تتضمّن توظيف وسائل تعليميّة وأدوات وأساليب مكيّفة ومعدّلة (الخطيب والحديدي، 2003)، هذا وقد أفاد كل من كيرك وجلاجر (Kirk and Gallagher.1989) أن وجود الإعاقة لدى الفرد قد تفرض واحداً أو أكثر من الإجراءات التالية:

- تعديل محتوى التدريس.
- تغيير الأهداف التعليميّة.
- تغيير البيئة التعليميّة.

وعند الحديث عن الأساليب التدريسيّة في التربية الخاصّة بشكل عام، فإنه لا بدّ من الإشارة إلى الحقائق التالية:

1. ليس ثمّة طريقة أو نمط تعليمي أو تنظيم بيئي أو أدوات أو وسائل تناسب جميع الأطفال المعوّقين في غرفة الصف.
2. تتنوّع البيئات التربويّة (البدائل التربويّة) أكثر للطلبة المعوقين.
3. تؤثر شدّة ونوع الإعاقة في تخطيط التدريس واختيار المكان التربوي.
4. يعتبر التدريس عديم الفاعليّة إذا لم يكن السلوك تحت السيطرة.
5. تؤثر الفلسفة التي يتبناها المعلم نحو الأفراد المعوّقين على نوع واستراتيجيّات التدريس التي يستخدمها (الحديدي، 1997).

وعلى الرغم من أن أساليب التدريس في التربية الخاصّة متنوّعة إلا أنهّا عموماً تستند إلى ما اتفق على تسميته بالمنحى التشخيصي العلاجي (Diagnostic - Prescriptive Approach) ، ويتضمّن هذا النموذج تشخيص المشكلة ووضع خطّة لمعالجتها، وتحديداً فإن هذا المنحى يشمل اتباع الخطوات الأربع التالية:

1. **تقييم الطالب:** قبل البدء بالعمليّة التدريسيّة يقوم المعلم بتقييم أداء الطالب، حيث يجمع المعلومات عنه مستخدماً الملاحظة المباشرة أو الاختبارات الرسميّة المعروفة.
2. **التخطيط للتدريس:** بناءً على المعلومات التي تمّ جمعها عن أداء الطالب توضع الخطط التدريسيّة لتنفذ من خلال الخطّة التعليميّة الفرديّة للطالب.
3. **تنفيذ الخطّة التدريسيّة:** حيث توضع الخطة التدريسيّة موضع التنفيذ وتوظف الأساليب التعليميّة لتنفيذها، وهذه الأساليب قد تشمل التعليم المباشر (نموذج تحليل المهارات) أو التعليم غير المباشر (نموذج تدريب العمليّات).
4. **تقييم فاعليّة التدريس:** وبعد الانتهاء من تنفيذ الخطّة التدريسيّة يتم تقييم آراء التلميذ ثانيةً لمعرفة مدى التقدّم الذي حدث في أدائه وذلك على ضوء المعايير التي تمّ اعتمادها في الخطّة.

وبشكل عام يمكن تصنيف الأساليب التعليميّة المستندة إلى المنحى التشخيصي العلاجي إلى نموذجين رئيسين هما:

- نموذج تدريب العمليّات.
- نموذج تدريب المهارات، ويُشار إليه أحياناً بنموذج التدريس المباشر أو نموذج تعديل السلوك، وممّا يجدر ذكره أن البحوث العلميّة تقدّم أدلة قويّة على فاعليّة هذا الأسلوب (الخطيب والحديدي، 2003).

التدريس الفعّال للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية:

أولاً: خصائص عناصر التدريس الفعال لاستراتيجيات التعلم

1. تقييم استراتيجيات التعلم التي يستخدمها الطالب قبل البدء بتدريبه لمعرفة حاجاته التعليمية.
2. اختيار استراتيجية التدريس الملائمة للطالب.
3. استثارة دافعية الطالب لتعلم الاستراتيجية.
4. قيام المعلم بنمذجة الاستراتيجية وتوضيحها.
5. إتاحة الفرصة للطالب لتنفيذ الاستراتيجية وتوجيهه أثناء عملية التنفيذ.
6. تزويد الطالب بالتغذية الراجعة التصحيحية.
7. تدريب الطالب على تعميم استخدام الاستراتيجية التي تعلمها إلى مواقف ومهمات جديدة.

ثانياً: مواصفات التعليم الفعّال

1. تقديم مراجعة مختصرة للمادة التعليمية السابقة في بداية الحصة الدراسية.
2. توضيح أهداف الحصة منذ البداية.
3. تقديم المعلومات الجديدة في خطوات صغيرة وإعطاء الطلبة الوقت الكافي للممارسة بعد كل خطوة.
4. إعطاء تعليمات تفصيلية وتفسيرات واضحة.
5. تشجيع الطلبة على المشاركة النشطة في التعلم.
6. طرح عدد كبير من الأسئلة والتحقق من فهم الطلبة للمعلومات.

7. توجيه الطلبة أثناء الممارسة الأولية.
8. تقديم تغذية راجعة تصحيحية بشكل منظم.
9. تقديم تعليمات واضحة للطلبة عن التمارين والأنشطة التي ينفذونها ومتابعة أدائهم قدر المستطاع.

ثالثاً: العناصر الرئيسة المتضمنة في التدريس الفعّال لطلبة ذوي صعوبات التعلم

1. عرض المهمات التعليمية بشكل متسلسل (تحليل المهارة وتقديم تعليمات والتوجيهات خطوة بخطوة).
2. التكرار والتمرين (التقييم اليومي، الممارسات المتكررة، والمراجعة المتسلسلة).
3. تعلم طرق طرح الأسئلة.
4. التحكم بمستوى صعوبة المهمة التعليمية (البدء بالمهمة السهلة ثم الصعبة).
5. استخدام التكنولوجيا (الحاسوب والوسائط المتعددة).
6. التعليم في مجموعات صغيرة.
7. نمذجة المعلم لمهارات حل المشكلات.
8. تذكير الطلبة وحثهم على استخدام الاستراتيجيات المعرفية والتنظيمية المناسبة.

رابعاً: الخصائص الرئيسة للمدرسة الفعّالة

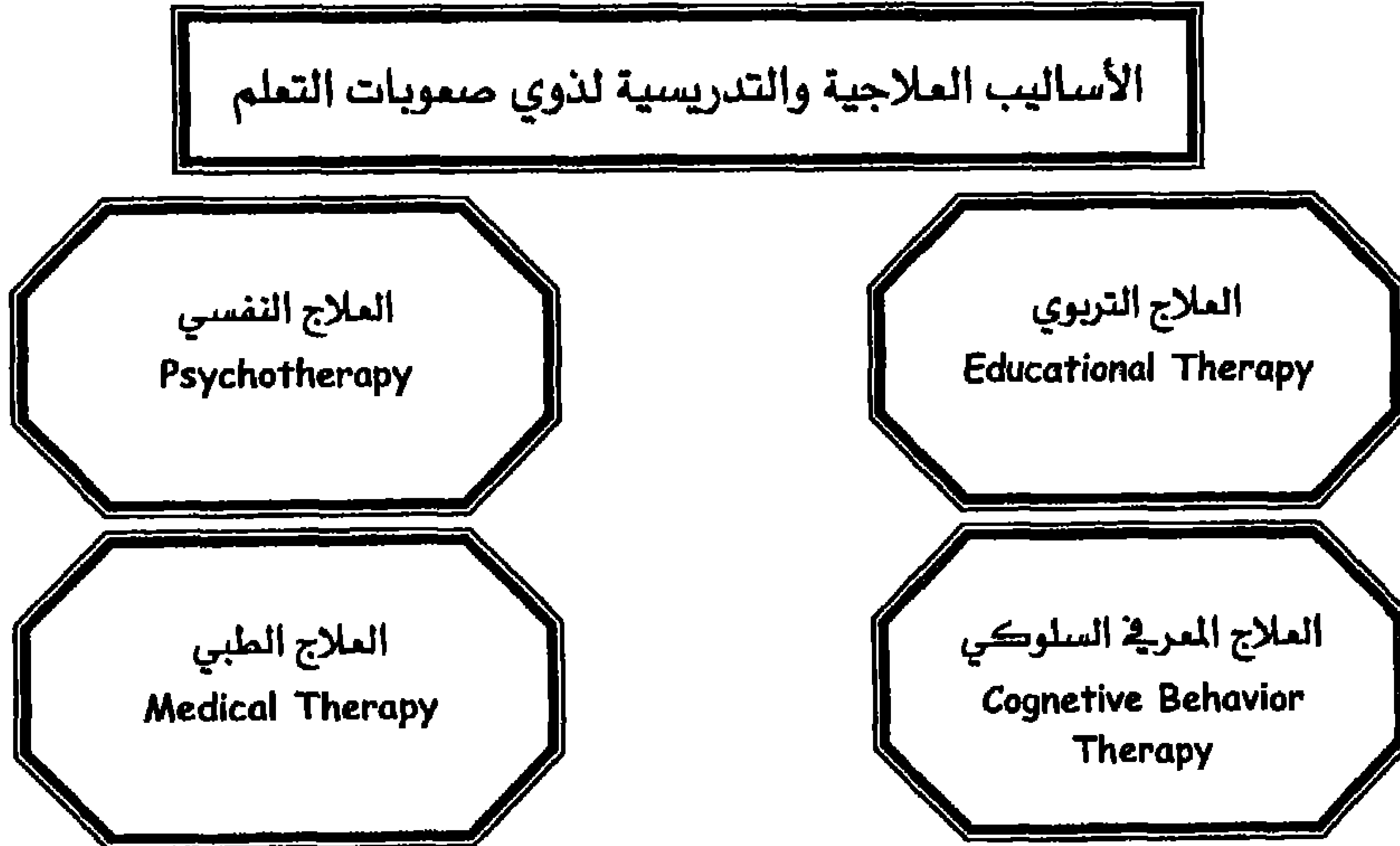
1. وضوح الأهداف.
2. التزام الكوادر.
3. قوة القيادة.
4. ارتفاع التوقعات.
5. التعرف المبكر على ذوي الصعوبات.
6. التواصل الفعال.
7. كفاية الوقت المخصص للتعلم الأكاديمي.
8. المناخ الصفي الإيجابي.
9. المتابعة المتكررة لتقدم الطالب.

10. التدريس المباشر.
11. مشاركة أولياء الأمور.
12. المناهج الدراسية المرنة والملائمة.
13. انخفاض الطلبة إلى المعلمين الأوضاع التربوية الملائمة لطلبة ذوي صعوبات التعلم.

الأساليب العلاجية والتدريسية الفعّالة لذوي صعوبات التعلم:

تعد صعوبات التعلم حالة يصعب التخلص منها تماماً، ولكن يمكن الحد من آثارها، ونظراً لوجود المنحى الطبي وكذلك المنحى النفسي الذي يتعاطى مع مشكلة صعوبات التعلم بكلمة علاج، وبما أن برامج الرعاية والتربية والتعليم تقتصر على ميدان التربية والتأهيل، هذا وقد تنوعت طرق وأساليب العلاج ما بين العلاج الطبي والعلاج النفسي، إلى العلاج التربوي والسلوكي، تبعاً للتخصصات المختلفة للمهتمين بهذه الفئة من الأفراد حيث تنوعت مابين:

1. العلاج التربوي. Educational Therapy
2. العلاج المعرفي السلوكي. Cognitive Behavior Therapy
3. العلاج النفسي. Psychotherapy
4. العلاج الطبي. Medical Therapy



شكل رقم (2/1)
الأساليب العلاجية والتدريسية لذوي صعوبات التعلم

يتبين من الشكل رقم (2/1) الأساليب العلاجية والتدريسية لذوي صعوبات التعلم حيث سيتم تناولها بالتوضيح والتفصيل كما يلي:

أولاً: العلاج التربوي Educational Therapy

يشير السرطاوي والسرطاوي (1988) إلى بعض الاستراتيجيات العلاجية التربوية التي يمكن توظيفها بفعالية مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم وهي:

1. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها.
2. التدريب القائم على العمليات النمائية النفسية.
3. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها والعمليات النمائية النفسية.

حيث تعتبر البيئة الصفية من أهم الأماكن التي يتفاعل فيها الطلبة اجتماعياً ويشبعون حاجاتهم للانتماء وتعتبر البيئة الصفية الجذابة من العوامل المهيأة للتعلم والمؤثرة إيجابياً على الدافعية، حيث إن غرفة الصف الجذابة والمرتبة بشكل منظم ومشوق تثير مشاعر عند الطلبة تختلف عن الغرف غير الجذابة، ويعتبر عرض مجلات الحائط وإسهامات الطلبة الأخرى في غرفة الصف أحد العوامل التي تعمل على رفع دافعية الطلاب.

العلاقة بين صعوبات التعلم ومشاكل السلوك الصفي:

يظهر الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلمية العديد من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية سليمة، فهم يتوقعون الفشل ويقللون من شأن أنفسهم، ويعتقدون أن أي عمل يقومون به ليس بكاف لتحقيق النجاح. ومن أكثر الاضطرابات السلوكية ارتباطاً بصعوبات التعلم: النشاط الزائد، والتشتت، والاندفاعية، وانخفاض مفهوم الذات، والانسحاب، والعدوانية، ومشاكل في التفاعل الاجتماعي ومشاكل في التنظيم الذاتي (NJCLD, 2002).

وتشير الصعوبات التعلمية إلى مجموعة واسعة من أنواع السلوك التي استخدمت في وصفها كثير من المصطلحات ووضع للكشف عنها قوائم طويلة من الصفات والخصائص التي يظهر بعضها على هذا الطفل أو ذاك، ولكنها لا تظهر جميعها على

طفل بعينه، إذ يجب النظر إلى صعوبة التعلم كمجموعة من أنماط السلوك تؤثر بمجملها تأثيراً سلبياً على الوظائف الأكاديمية أو الاجتماعية للطفل.

حيث يتميز الطلبة ذوو صعوبات التعلم بالعدوانية، وعدم الاتزان الانفعالي، والقلق، عدم تحمل المسؤولية وعدم الثقة وضعف ضبط النفس ضعف الانتباه (الرفاعي، 1993).

إن المشاكل السلوكية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة وإنما هي أنواع متعددة، ودرجات متباينة، وأشكال مختلفة، ولكن لابد من الإشارة إلى أن مشكلات السلوك متعلمة، ولها أسباب متعددة مثل: أسباب تتعلق بالطالب، أو المدرسة، أو الأسرة... إلخ.

المشكلات السلوكية التي يظهرها الطلبة ذوو صعوبات التعلم داخل الغرفة الصفية:

يظهر الطلبة ذوو صعوبات التعلم داخل الغرفة الصفية عدداً من المشكلات السلوكية الصفية نوضحها فيما يلي:

- **السلوكات الخطرة:** وتتمثل في: القلق، والتوتر، وضعف تقدير الذات، والاكتئاب.
- **العادات المضطربة:** وتتمثل في: ضعف الأداء الأكاديمي، وقضم الأظافر، واضطرابات النطق.
- **مشاكل غرف الصف:** وتتمثل في: عدم الطاعة، والتهريج في الصف، وإزعاج الآخرين والخروج من المقعد، وتخريب الأثاث المدرسي، والصراخ والشغب، وضرب الأقران (العمايرة، 2002؛ يحيى، 2000).
- **السلوك غير الناضج:** ويتمثل في: النشاط الزائد، وتشتت الانتباه، والاندفاع والتهور، وأحلام اليقظة، وعدم التركيز (يحيى، 2000).
- **المشاكل مع الزملاء:** وتتمثل في: العدوان، والانسحاب، والخجل، والانطواء.
- **المشاكل مع المعلمين:** وتتمثل في: عدم التقيد بالتعليمات، وعدم إطاعة الأوامر، واستفزاز المعلم.

المحكات التي تستخدم في تحديد السلوكات السوية وغير السوية لذوي صعوبات التعلم:

بين فيدوف (Fedof, 1992) عدة محكات تحدد السلوك غير السوي منها:

- قصور السلوك الاجتماعي: لكل مجتمع تقاليده الاجتماعية التي تنظم سلوكه أو سلوك أفراده، وحينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك "غير سوي".
- الضيق الشديد: إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والخوف كلها انفعالات سوية وحتمية، ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة يؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها "غير سوية".
- قصور النشاط المعرفي: فحينما تحدث إعاقة للقدرات كالاستدلال والإدراك والانتباه والحكم والتذكر والاتصال وتكون هذه الإعاقة شديدة يمكن وصف السلوك بأنه غير سوي.
- قصور التحكم الذاتي: ليس للأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن البعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً في سلوكه "فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عادة بأنه سلوك غير سوي" (القمش 2007).

تنظيم البيئة التربوية للطلاب ذوي صعوبات التعلم

بيّن الإمام والجوالده (2010 ـ ج) أن الفرد الذي يعاني من صعوبات التعلم هو فرد من ذوي الذكاء العادي أو فوق المتوسط و ربما العالي، ومن ثم فإنه يكون أكثر وعياً بنواحي إخفاقه الدراسي في المدرسة، كما يكون أكثر استشعاراً بانعكاسات ذلك على البيت، ويمكن تعليم الأفراد ذوي صعوبات التعلم في حجرات الدراسة العادية في المدارس الابتدائية، وهذا ما يعرف بالوضع في الدمج "Mainstreaming" أو التضمين "Inclusion"، وتتباين البرامج المستخدمة لهذه الفئة ما بين تعليمية، وخدمات داخل حجرة الدراسة، ودروس بعد اليوم الدراسي أو دروس ما قبل اليوم الدراسي، والمدارس الصيفية، ودراسة خاصة انفرادية، والمدارس الخاصة، وتوجد مجموعة من استراتيجيات

تدريس الطلاب ذوي صعوبات القراءة كما بيّنها الإمام والجوالده (2010 ـ ج) منها: الوعي الفونيمي Phonemic، تدريس الصوتيات Phonics Teaching، التربية المباشرة، التكرار والممارسة باستعمال أنواع مختلفة من الأنشطة، تكرار المراجعة، تجزئة المادة إلى أجزاء أصغر، تحليل المهارة، تدريس المفردات مقدماً للتعرف على الكلمات ومعانيها، أوقات متباعدة للممارسة Spaced Practice، مجموعة عمل صغيرة، تبادل الأدوار، التعليم مع الاستفادة من نقاط القوة لدى الفرد، مداخل الذكاء المتعدد، التربية التفاضلية، المنظم البيانيGraphic Organizer لمساعدة الطلاب على تنظيم تفكيرهم، الخرائط المفاهيمية، استعمال أدلة الدراسة والملخصات للتنظيم والمراجعة، الترديد اللفظي، النمذجة، السماح للطلاب بالتعبير عن المعرفة بطرق مختلفة، كما توجد طرق أخرى مثل طريقة تعدد الوسائط أو الحواس VAKT، طريقة فرنالد Fernald Method، طريقة اورتون ـ جلنجهام Gillingham ـ Orton، وهنالك استراتيجيات لتدريب العمليات النفسية منها: الاستراتيجية الإدراكية الحركية، الاستراتيجية النفس لغوية، استراتيجية المواد التدريسية، استراتيجية التحليل السلوكي التطبيقي، مع ضرورة التنويه إلى أنه بالرغم من أن صعوبات القراءة لا تعالج علاجاً نهائياً، إلا أن كثيراً من الطلاب يتعلمون مهارات التغلب على هذه الصعوبات ويتمكنون من التوافق الأكاديمي.

التعليم العلاجي والتعليم التصحيحي:

يتمتع التعليم العلاجي بالخصائص التي يتمتع بها التعليم الجيد فالفرق هو أن التعليم العلاجي مكثف أكثر وينفذ على مستوى فردي ويتضمن تنويع الوسائل التعليمية وأيضاً يمثل استراتيجية عامة أكثر مما يمثل أساليب تعليمية محددة.

دورة التعليم العلاجي:

1. تقييم الحاجات التعليمية للطالب.
2. تصميم الخطة التدريسية.
3. تنفيذ الخطة التدريسية.

4. تقييم أداء الطالب.
5. إعادة تقييم حاجات الطالب وتصميم خطة تدريسية جديدة وتنفيذها وتقييم فعاليتها والاستمرار بدورة التعليم العلاجي.

النموذج التشخيصي - العلاجي:

وهنا يستخدم مصطلح النموذج التشخيصي العلاجي للإشارة إلى استراتيجية أو نظام تصميم التعليم وتنفيذه لتلبية الحاجات الفردية للطلبة من ذوي صعوبات التعلم **ويهدف لتحقيق ثلاثة أهداف رئيسة وهي:**

1. الوقاية من المشكلات التعليمية.
2. تصحيح الاستجابات الخاطئة ومعالجة المشكلات الأكاديمية والسلوكية الموجودة.
3. تدعيم وتعزيز أوجه القوة في الأداء.

خطوات تطبيق النموذج التشخيصي - العلاجي:

الخطوة الأولى في النموذج التشخيصي العلاجي تشتمل على تقييم خصائص الطالب وتحديد مواطن الضعف ومواطن القوة الرئيسة في أدائه.

وتتضمن **الخطوة الثانية** تحديد الأهداف التدريسية أو ما يتوقع من الطالب أن يكون قادراً على عمله بعد، ومن الواضح أن الأهداف يجب أن ترتبط بشكل وثيق بمواطن القوة وبمواطن الضعف ويمكن أيضاً أن ترتبط الأهداف بمجالات الأداء المختلفة (الأكاديمية، الحركية، الانفعالية والاجتماعية، التواصلية، المعرفية).

المبادئ الأساسية التي يجب مراعاتها عند اختيار الأهداف:

- يجب أن يشمل الهدف على سلوك قابل للقياس.
- يجب أن يرتبط الهدف بحاجات الطفل.
- يجب أن يقود الهدف إلى هدف أكبر.
- يجب أن يصاغ الهدف على هيئة خطوات بسيطة وصغيرة.

أما **الخطوة الثالثة** فهي اختيار أسلوب التدريس الذي سيتم توظيفه لتمكين الطالب من تحقيق الهدف التعليمي وينبغي **مراعاة العوامل التالية عن اختيار أسلوب التدريس:**

1. يجب أن يكون أسلوب التدريس ملائماً لمستوى الأداء الحالي للطالب.
2. يجب أن يتضمن الأسلوب تحقيق الهدف.
3. يجب أن يستثير الأسلوب دافعية الطالب للتعلم.
4. يجب أن يسمح الأسلوب للطالب الانتقال تدريجياً من مستوى الأداء الحالي إلى مستوى الأداء النهائي المطلوب.
5. يجب أن يطابق أسلوب التدريس بين خصائص الطالب والهدف التعليمي المنشود.

وتتمثل **الخطوة الرابعة** في النموذج التشخيصي العلاجي في اختيار الوسائل والمواد التعليمية المناسبة للتحقيق الهدف التعليمي، وقد تكون هذه الوسائل والمواد جاهزة وقد يقوم المعلم بتصميمها.

وتتمثل **الخطوة الخامسة** في هذا النموذج لتقيم فعالية الأسلوب التدريس المستخدم، ولأن الهدف التعليمي يتم تحديده على هيئة نتاجات قابلة للقياس المباشر يستطيع المعلم تقييم فعالية التدريس وينبغي على المعلم تحليل عناصر عملية التدريس.

البدائل (الخيارات) التربوية المتاحة لمعالجة صعوبات التعلم:

يمكن توفير أنماط عديدة من الخدمات التربوية لطلبة صعوبات التعلم، وتتخذ قرارات إحلالهم في البيئة التعلمية الأنسب بالاعتماد على المعلومات التشخيصية التي تم جمعها مسبقاً مع مراعاة أن تكون **البيئة الأقل عزلاً**، ويصعب مع توافر خيارات الإحلال العديدة اختيار أفضلها، **وفيما يلي بدائل الخدمات التربوية مرتبة من الأقل إلى الأكثر عزلاً:**

1. الصف العادي: يعتبر الصف العادي هو الإحلال الأكثر أهمية، ويمضي الطالب في هذا الإحلال معظم اليوم مع أطفال آخرين من نفس عمره، وبذلك

يوفر التفاعل بين الأفراد ذوي الصعوبات التعلمية والأفراد العاديين في وضع أقل تقييداً ، ومن المآخذ عليه أنه قد لا يوفر التدريس الفردي.

2. **المعلم المستشار:** وهو يعد دعم مباشر لمعلمي الصفوف العاديين الذين يوجد في صفوفهم طلاب ذوي صعوبات تعلمية ، وتشغل الخدمات التي تقدم لهؤلاء المعلمين على التقييم التربوي ، وتخطيط البرنامج ، واختيار أو إعداد مواد التدريس الخاصة والتدريب على التعليم ، وتوفير مساعدة زيادة التواصل الفاعل مع الآباء ، ومراقبة عامة للبرنامج وعملية التقييم.

3. **الصف الخاص:** يفضل عادة وضع الطلبة ذوي الصعوبات الشديدة في صفوف خاصة ، حيث يمضون معظم اليوم الدراسي فيها ، وهذا بديل يعتبر الأقل تقييداً لبعض الحالات الشديدة وهو يوفر ظروفاً بيئية ضرورية لتلبية حاجاتهم ، ويسمح بالتعليم الفردي ، إلا أنه يمكن أن يسبب وصمة يتصف بها الطالب نتيجة وضعه في صف خاص ، بالإضافة إلى أنه قد يشعر بالعزلة لفصله عن زملائه في الصفوف العادية.

4. **المدرسة الخاصة:** يمضي فيها الطالب ذو الصعوبة التعليمية يوماً دراسياً كاملاً ، حيث يتاح فيها استخداماً كاملاً للمصادر المحددة ، من الأشخاص المدربين ، المكان يتسع لعدد كبير من حالات صعوبات التعلم المعتدلة والشديدة ، إلا أن هذا البديل لا يقدّم تفاعلات مع الآخرين العاديين خلال اليوم الدراسي.

وقد صنفت الخيارات اليومية الممكنة المقدّمة للطلبة ذوي صعوبات التعلم في المدارس الأردنية إلى:

1. أن يدمج الطالب في الصف العادي مع استخدام استراتيجيات علاجية مناسبة.

2. أن يدمج الطالب في الصف العادي مع جدولة زمنية (بعض الأوقات) التي يسمح فيها لمعلم غرفة المصادر بالدخول إلى غرفة الصف لتقديم المساعدة الضرورية.
3. غرفة المصادر.
4. أي مجموعة من الإجراءات السابقة (الوقفي، 1996).
5. أما آخر هذه الطرق وأهمها هو أن يكون الوالد/ الوالدة رحيماً بنفسه، فإنه ليس مسؤولاً في الأصل عن وجود هذه الصعوبة في التعلم عند الطالب وليس بالإمكان معالجة الأمور في الحال، ومن طبيعة الإنسان أن ينفذ صبره أحياناً فيُشعر الوالد/ الوالدة برغبة في التوقف عن المساعدة، ومن هنا يجب عليك أن تلجأ إلى طلب المساعدة إما من معلمه أو البحث عن أخصائي صعوبات التعلّم في مدرسته، أو في مدرسة قريبة من منزله أو زيارة مركز خدمات صعوبات التعلم المسائي الموجود في المنطقة، ومن المفيد أيضاً التقاء الوالدين ليتحدثا بانتظام مع أولياء أمور طلاب آخرين ممن يعاني أبناؤهم من صعوبات تعلم ليعرفا أنهما ليسا وحدهما في هذا المجال (Cott, 1985).

وسيتم عرض خيار غرفة المصادر كأحد الخيارات التربوية المهمة لمعالجة صعوبات التعلم:

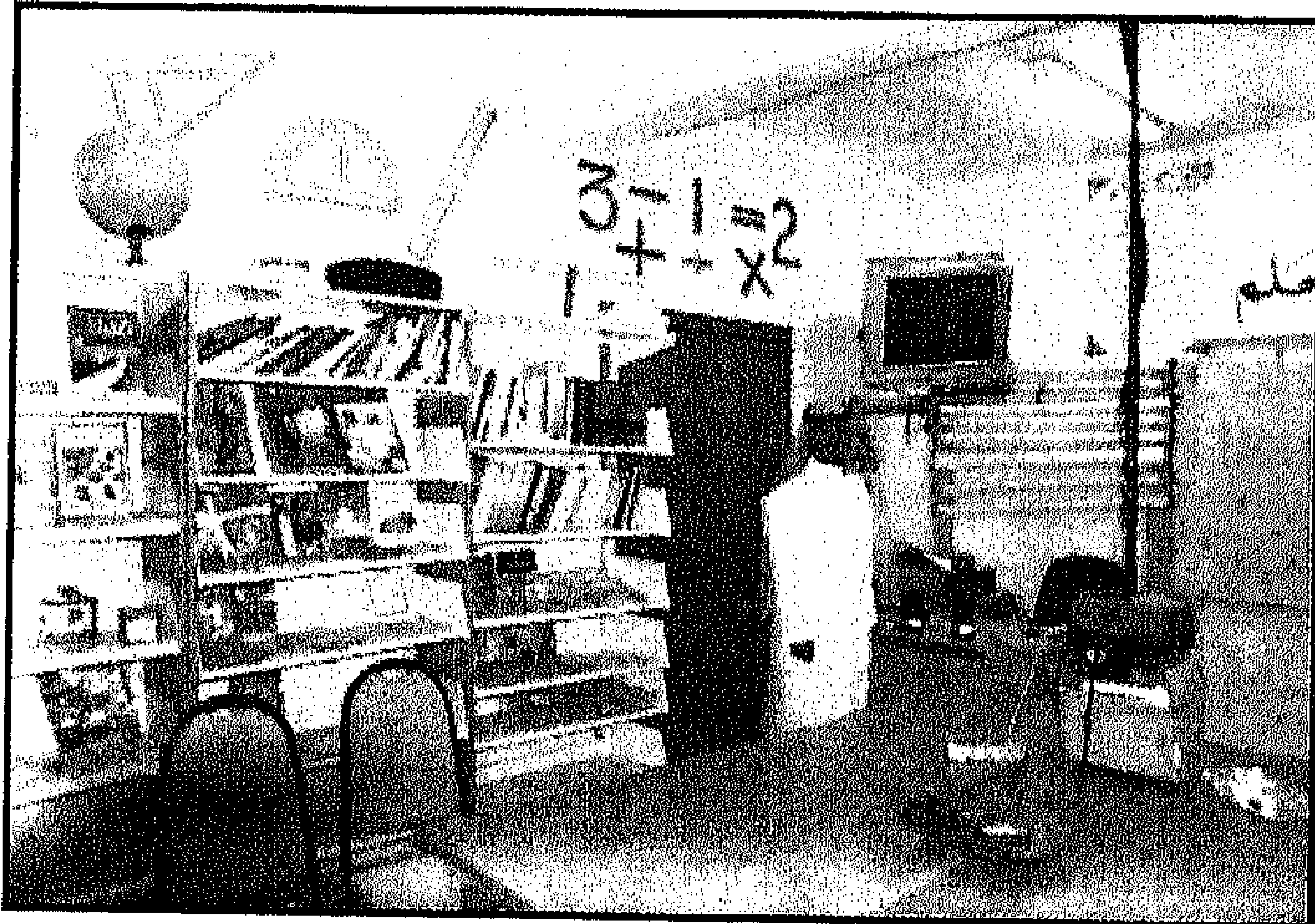
غرفة المصادر:

غرفة المصادر هي غرفة في المدرسة العادية يخرج الطلبة ذوو صعوبات التعلم من الصف العادي إليها لتلقي خدمات التربية الخاصة بواقع حصتين تقريباً في اليوم الدراسي الواحد ويعمل في غرفة المصادر معلم يحمل شهادة البكالوريوس أو الماجستير في التربية الخاصة، ويوجد في هذه الغرفة وسائل ومواد تعليمية مكيفة لتلبية الحاجات التعليمية الخاصة لذوي صعوبات التعلم، ويمكن أن نضيف بأنها ذلك الحيز المكاني الذي تجري فيه وتنطلق منه الخدمات التربوية المتخصصة فهو نظام تربوي يحتوي على برامج ووسائل متخصصة تكفل للتلميذ تربيته وتعليمه بشكل فردي يتناسب مع

خصائصه واحتياجاته وقدراته في حين أنها تفسح المجال أمامه ليتعلم في الفصل العادي مع أقرانه من الطلبة معظم وقته.

وهي غرفة يمضي فيها الطالب ذو الصعوبة التعلميّة جزءاً من اليوم الدراسي (45 ـ 60 دقيقة) مع معلم غرفة المصادر، وبذلك يكون قد وفر تدريساً فردياً في الحقول التي تظهر فيها المشكلة من خلال معلم مدرب خصيصاً لهذه الغاية (إن هذا البديل يكون غير مناسب تماماً لخدمة الطلبة ذوي الصعوبات التعلمّية الشديدة).

مواصفات غرفة المصادر:



لا بد أن تكون المدرسة ذات إدارة ناضجة إبداعية، تبحث عن الجديد وتدعمه ولديها إمكانيات المساحة، والمعلمون المؤهلون والمتدربون، والكوادر الأخرى المساندة، كما يجب أن تتميز المدرسة بالإنسانية في العلاقات بين العاملين فيها.

الموقع: لا بد أن يكون الموقع بين الفصول التي تخدمها الغرفة أو قريب من الصفوف التي تخدمها الغرفة ومن الضروري أن تكون معزولة وبعيدة عن قلب المدرسة.

المساحة: تتراوح مساحتها بين (30م2 و 48م2) مجهزة بالأثاث المناسب، والوسائل التعليمية، والألعاب التربوية المناسبة ويلتحق بهذه الغرفة عدد من الطلاب من ذوي صعوبات التعلم وبطيئي التعلم يتراوح عددهم ما بين (20 و25) طالباً من الصفوف الثاني، والثالث، والرابع، والخامس والسادس الأساسي.

ويشرف على تعليمهم معلمون ومعلمات، يحملون مؤهلات في التربية الخاصة أو دبلوم عالٍ في صعوبات التعلم، تعقد لهم دورات تدريبية متخصصة في مجال صعوبات التعلم.

ويتم تقسيم هؤلاء الطلبة إلى مجموعات دراسية حسب مستوى أدائهم التحصيلي في القراءة والكتابة، والأنماط اللغوية، والحساب بحيث تخدم الغرفة (3 إلى 4) مجموعات، ويتلقون من (15 ـ 20) حصة في مادتي اللغة العربية، والرياضيات أسبوعياً.

الشكل الداخلي: يجب أن يكون منظرها ومظهرها جميلاً ومنظماً ومرتباً بشكل جذاب وفي حالة نظيفة دائماً.

المميزات: تتميز غرفة المصادر بتجهيزات خاصة تختلف عن تجهيزات الغرف العادية من حيث الأجهزة والأثاث والألعاب التربوية والوسائل التعليمية.

البيئة الفيزيقية: يجب الاهتمام بالبيئة الصفية، والعمل باستمرار على جعل البيئة الطبيعية مناسبة وجذابة للطلبة، وتعزز دافعية الطلبة للتعلم، وأن يكون الأثاث وما يلحق به من أجهزة جذاباً ومريحاً ويؤدي الفرض منه في أركان الغرفة المختلفة.

الزوايا التعليمية: هي عبارة عن مكان للاستذكار، في أداء الأعمال والواجبات الفردية، بها منظر صغير مرسوم أو مثبت على الحائط، وإنارة ملائمة فوق هذا المنظر وكرسي مناسب لجلوس الطالب، وكرسي آخر للمعلم عند الضرورة.

زاوية اللغة العربية: وهي ركن مهم، تدرس فيه القراءة والكتابة والتهجئة والإملاء والتخاطب، وبه أجهزة خاصة بالتخاطب ووسائل تعليمية مناسبة تفي بالفرض، والتدريبات العلاجية الخاصة بها.

زاوية الرياضيات: وهي ركن آخر مهم من أركان غرفة المصادر، يضم الوسائل التعليمية المناسبة والملائمة لهذا الركن، ويضم أيضاً التقنيات والمواد التعليمية الخاصة بمادة الرياضيات اليدوية والمحوسبة.

زاوية الأنشطة: وهي ركن مهم أيضاً يتم فيه التدريب على المهارات النفسحركية، من تدريبات تآزر بين العين واليد، والأذن واليد، الوقوف والجلوس، تدريبات المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة والهدف منها التكامل على أداء مواقف التعلم.

زاوية الحاسوب: وهي ركن يشتمل على جهاز الحاسوب وما يحتويه هذا الجهاز من مواد تدريبية وتعليمية تفيد وتساعد في تعلم الطالب وقد يشمل أيضاً التلفاز الأجهزة السمعية والفيديو والإنترنت.

المكتبة: تحتوي المكتبة على الكتب المدرسية، مراجع، قصص، كتب ثقافية، أشرطة كاسيت تعليمية مناسبة للطلبة الملتحقين بالغرفة.

ملفات الطلبة: إن ملفات الطلبة ذات أهمية كبيرة من حيث إنها ترصد الطالب منذ دخوله الغرفة إلى تخرجه منها من خلال ما يلاحظه المعلم أولاً بأول عن مدى تحسن الطالب أو عدمه أو التعديلات التي تلزم من حيث الوسائل والاستراتيجيات والتقويم، وما تحويه هذه الملفات من تقارير عن تقدم الطالب أو عدمه لذا يجب أن تكون هذه الملفات مكتملة من حيث توافر جميع النماذج الخاصة بغرفة المصادر وأن تكون المعلومات مدونة في الملفات، والمتابعة لها أولاً بأول حسب واجبات الغرفة.

مكان للمعلم: من الضروري أن يتوافر للمعلم مكتب خاص، بحيث يسهل له متابعة كل ما يجري داخل الغرفة.

العمل الجماعي: للعمل الجماعي أهمية كبيرة في إبعاد الملل والضجر وتشتت الانتباه عن التلاميذ ويفضل أن تكون هناك طاولات دائرية أو بيضاوية الشكل أو نصف دائرية.

مهام معلم غرفة مصادر التعلم:

- الكشف والتشخيص المبكر من خلال أدوات القياس المقننة وغير المقننة.
- تشخيص الحالة وكتابة التقرير الأكاديمي.
- عمل الخطط التربوية الفردية.
- عمل الخطط الفردية التعليمية.
- عمل وتصميم البرامج التعليمية الخاصة.
- متابعة أداء الطالب ومدى تقدمه.
- تقييم الطالب بعد كل مرحلة تدريبية.
- استخدام وتطبيق مقاييس الذكاء.

نستنتج مما سبق أن غرفة المصادر، نظام تربوي يحتوي على برامج متخصصة تكفل للتلميذ تربيته وتعليمه بشكل فردي يناسب خصائصه واحتياجاته وقدراته وتعتبر هي البيئة المناسبة لذوي صعوبات التعلم في حين أنها تفسح المجال أمامه ليتعلم في الفصل العادي المعلومات والمهارات الأكاديمية فحسب، بل إن التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين الذين يعتبران عنصرين من أهم عناصر مقومات الحياة الاجتماعية السليمة فمن أهم الأسس التي تبنى عليها برامج غرفة المصادر أن يقضي التلميذ نصف يومه الدراسي على الأقل مع زملائه في الفصل العادي.

فهي غرفة خدمات خاصة تخصص في المدرسة وتقدم خدمات تربوية خاصة للأطفال ذوي الصعوبات التعلّيمية الذين يعانون من اضطراب واحد أو أكثر في العمليات الإدراكية المعرفية مما يؤدي إلى إخفاق الطفل في بعض المقررات الدراسية. إن أهمية غرفة المصادر تكمن في أنها تعطي الحق للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية في الحصول على فرص تعليمية متكافئة دون التعرض للإحباطات والمحاولات غير الناجحة التي تجعلهم أقل قبولاً لدى مدرسيهم وأقرانهم وربما أبويهم حيث يدعم فشلهم المتكرر اتجاهاتهم السالبة نحوهم.

ولتوضيح المستلزمات المكانية والبشرية ونوعية الخدمات المقدمة في غرفة المصادر، حيث يعمل فيها فريق من المعلمين المختصين في التربية الخاصة، يحول إليهم الطالب من قبل معلم الفصل، ويخضع الطالب في غرفة المصادر لتقييمات مختلفة لتحديد نوع الصعوبات التي يعاني منها الطالب، ودرجتها، ومدى تأثيرها على بقية المواد الدراسية، ومن ثم وضع خطة تربوية فردية لكل طالب يحدد فيها كيفية تنمية المهارات العقلية المعرفية والتي تؤثر بدورها على المواد الأكاديمية، فغرفة المصادر هناك ليست مكاناً يتلقى فيه الطالب دروساً خصوصية أو دروساً للتقوية للمواد التي يواجه صعوبة فيها، بل هي المكان الذي يعمل فيه المعلم المختص مع الطالب على المهارة ذاتها والتي تؤثر على تحصيله في المادة الأكاديمية.

أقسام غرفة المصادر:

تقسم غرفة المصادر إلى أقسام مختلفة كل قسم مسؤول عن تنمية مهارة معينة، ومن ثم يقسم الطلاب الذين يعانون من الصعوبات التعلمية إلى مجموعات متجانسة من حيث نوع الصعوبة وحدتها بصرف النظر عن المرحلة الدراسية للطالب. وأقسامها هي:

1. قسم لتنمية مهارات القراءة.
2. قسم لتنمية مهارات الكتابة.
3. قسم لتنمية المهارات الخاصة بتعلم الرياضيات.
4. قسم للتعليم المنفرد.

أثاث غرفة المصادر:

1. طاولة كبيرة في كل قسم تتسع من (3 ـ 4) طلاب.
2. حواجز متحركة تحجز كل قسم على حدة.
3. خزائن لكل قسم لحفظ الوسائل التعليمية الخاصة به.
4. خزانة إلى جانب مدخل غرفة المصادر لحفظ ملفات الطلاب.
5. مقاعد منفردة للتعليم الفردي.

أنواع الخدمات المقدمة للطالب ذوي صعوبات التعلم من قبل غرفة المصادر:

1. خدمات مساندة للطالب تقدم له من خلال تواجده بالصف مع زملائه، بحيث يتم التنسيق بين معلم المادة ومعلم غرفة المصادر ليتواجد معلم غرفة المصادر أثناء المادة التي يعاني الطالب من صعوبتها.
2. خدمات تقدم للطالب من خلال تواجده في غرفة المصادر حسب الجدول الخاص به.

منهج (آلية) العمل في غرفة المصادر:

يقوم منهج العمل في غرفة المصادر على المنهج العلمي الذي يمكن استثماره في بيان تفاصيل الطريقة والإجراءات المستخدمة في مشروع غرفة المصادر في الخطوات التالية:

1. التعرف المبدئي/ المسح السريع (Screning):

ويجمع المعلم عن طريقه عدة مؤشرات لدى معلم الصف العادي بأن هناك مشكلات تحصيلية لدى التلميذ في القراءة أو الكتابة أو الحساب ووصف لهذه المشكلات في صورة أداءات تحتاج إلى علاج.

2. التقييم (Assessment):

ويعنى جمع المعلومات عن التلميذ المعني أو ما إذا كان له حق في تلقي خدمات صعوبة التعلم؛ أو الحكم على برامج ومناهج وطرق التدريس المستخدمة مع هؤلاء الأطفال بقصد تطويرها بما يتلاءم مع احتياجاتهم وبيئتهم التعليمية بواسطة أدوات متعددة. والتقييم يقوم به فريق متكامل متخصص يستخدم كل الإمكانات والوسائل والتكنولوجيا الممكنة في تسجيل البيانات وتفسيرها واتخاذ القرار في شأنها.

إن أهم إجراءات التقييم الأساسية هي:

- **الفرز:** ويستخدم فيه اختبارات سريعة لتحديد الاحتياجات التي تساعد على قرار التصنيف.
- **التصنيف:** تحديد المؤهلين لخدمات التربية الخاصة وفقاً لنمط الخدمات.
- **التخطيط التدريسي:** في صورة برنامج فردي لكل تلميذ على حدة يتحدد عن طريق أهداف قصيرة وأهداف بعيدة.
- **مراقبة تقدم التلميذ:** في الصف الدراسي العام بواسطة اختبارات رسمية، وغير رسمية، وملاحظة، وإجراءات التقييم على أساس المنهج الدراسي.

أساليب التشخيص المستخدمة في غرف المصادر:

هناك أساليب تشخيص واستراتيجيات رسمية وتشمل:

- اختبارات ومقاييس مسح معيارية.
- اختبارات إكلينيكية.

أما أساليب التشخيص غير الرسمية فتقوم على أساس:

- المنهج (المحتوى التعليمي).

- تحليل الأخطاء.
- الاختبارات محلية المرجع.
- اختبارات من صنع المعلم.
- دراسة محتوى ملف التلميذ.

أما الملاحظة فهي الأسلوب المهم المهمل ويكون لها أثر كبير إذا تمت بطريقة منظمة ومنهجية.

3. التشخيص الفارقي (Differential Diagnosis):

وهو خطوة ضرورية لاعتماد التصنيف الأولي وذلك بالتأكد أن الحالة صعوبات تعلم وليست بطئ تعلم مثلاً أو غباء أو تخلفاً عقلياً خفيفاً، وأن الحالة لديها المؤهلات للانتماء إلى فئة التشخيص المعتمد دون غيره، ويستخدم الأخصائيون عدة اختبارات ومقاييس إضافية للتأكد من هذه الخطوة.

4. مقدار التحسن (Prognosis):

ويقصد به تحديد مدى نجاح الحالة لو قُدمت إليها نوع أو أنواع من الخدمات وإلى أي مدى يحتمل نجاح البرنامج في ضوء كل من خصائص التلميذ من جهة، وخصائص ومدى الخدمات من جهة أخرى.

5. البرنامج الفردي Individualized Educational Program (IEP):

يتكون البرنامج الفردي من حصيلة الخدمات التي يتكون منها، وتكون مقدمة إلى الطفل من فريق عمل متخصص حسب خطة متناسقة خلال أيام الأسبوع في المدرسة، ويكون أحد أعضاء الفريق هو المنسق والمتابع للخطط العلاجية وآثارها على التلميذ.

ومن المعروف أن فريق العمل الذي يقدم الخدمات يقدم للتلميذ أيضاً مجموعة من المساندات (Supports) بهدف زيادة احتمال كفاءة البرنامج الفردي، أي أن فريق العمل يعد المساندات ويحدد أنواعها ومستواها وأهدافها كجزء من البرنامج لضمان كفاءة العلاج.

6. إعداد إطار مرجعي قياسي تقييمي للمناهج الدراسية (Reference Tests):

يقوم خبراء المناهج بتحليل مناهج الصفوف المعنية وكتابتها في القراءة والكتابة والحساب وفي حالة صعوبات التعلم الأكاديمية في الصفوف الأولى في المدرسة الابتدائية، ويقوم فريق العمل بإعداد ما يلي:

أ. مصفوفة منهجية لمواد صعوبات التعلم في الصفوف المعنية وموضوعاتها.

ب. متوالية لأنواع الصعوبات مدرجة من البساطة إلى التعقيد ومن مستوى kg2، kg1، الصف الأول، الصف الثاني.. هكذا.

ج. إعداد سلاسل من التدريبات العلاجية للتعامل مع كل نوع أو مستوى من الصعوبات في كل مجال (بلغ عدد التدريبات التشخيصية والعلاجية في مشروع اليونسكو بالقاهرة (2001 ـ 2003) عدد 1240 تدريباً) علاوة على عدد كبير من الوسائل والتكنولوجيا المناسبة يستعين بها معلمو غرفة المصادر في عملهم التشخيصي والتدريبي العلاجي.

د. إعداد اختبارات تحصيلية شبه مقننة من عمل المعلمين في المدرسة للمواد الدراسية المعنية بصعوبات التعلم تحدد مستوى بداية ونهاية مستوى التحصيل لكل فصل دراسي من العام الدراسي، ولكل صف من الصفوف المعنية بصعوبات التعلم: وتمثل مستويات الأداء التحصيلي على هذه الاختبارات مسطرة مدرجة (شبه مقننة) ينسب إليها المستوى التحصيلي للتلاميذ سواء في غرفة المصادر أو في الفصل العادي.

7. تنفيذ الخطة العلاجية (Training ـ Remedial):

تنفذ الخطة التدريبية العلاجية بالتعاون بين: معلم الفصل العادي ومعلم غرفة المصادر وباقي فريق العمل المساند في المدرسة لتأدية الخدمات الإضافية والمعاونة لتحقيق فعالية البرنامج.

وتنفذ الخطة العلاجية حسب قواعد إدارة غرفة المصادر سواء كانت المتابعة داخل الغرفة أو في الفصل الدراسي وما يتبع ذلك من واجبات وأعمال مكملة.

8. أهم استراتيجيات التدخل العلاجي (Remedial Training Strategies):

إن أهم الاستراتيجيات للتدخل العلاجي المعروفة فى مجال صعوبات التعلم هي:

- تفريد التعلم. Individualizing Instruction
- التدريس التشخيصي. Diagnostic Instruction
- تحليل المهمة. Task Analysis
- التعلم التعاوني بأنواعه.

9. المتابعة المستمرة (Follow up):

إن المتابعة عملية مستمرة منذ بدء التشخيص حتى العودة إلى الصف العادي أو التحويل إلى خدمات أكثر تناسباً مع احتياجات التلميذ، وتحتاج المتابعة إلى تقارير أسبوعية كل فترة تمر على أعضاء فريق العمل وإدارة المدرسة والوالدين ومن يهمهم الأمر، ولو احتاج الأمر عقد مؤتمرات حالة توثق خلالها التقارير والاقتراحات والقرارات بصورة رسمية.

وخلال المتابعة يكون التعاون بين معلم الغرفة ومعلم الصف العادي أهم عناصر نجاح البرنامج، ولابد أن تتاح الفرصة لمعلم الصف العادي بتجريب تعديل البرنامج للطفل الخاص، وإعداد أرضية بيئية مناسبة للتحضير للانتقال بصورة دائمة إلى الصف العادي، مع إجراء مقدمات في العلاقات مع الزملاء العاديين وإتاحة الفرصة للتلميذ الخاص بالتفاعل النشط مرة أخرى في الصف العادي.

10. نقل خبرات المصادر للصف العادي (Regular Class as a Resource):

ومن الاتجاهات الحديثة أن تنقل أعمال غرفة المصادر بروحها وأنشطتها للصف العادي على أن يُدرب معلم الصف العادي على أعمال غرفة المصادر فترة زمنية كافية.

11. غرفة المصادر كمركز لتنمية الخبرات التربوية الخاصة بالمدرسة:

(Resource Room as a Center for Special Education Services)

وهذا هو الهدف الذي يسعى إليه التربويون وهو ما يمثل خطوه متوسطة في طريق الدمج الشامل لذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy):

يهدف إلى زيادة ممارسة سلوك مرغوب فيه، أو تشكيله، أو خفض سلوك غير مرغوب فيه، ويعتمد العلاج السلوكي على فنيات، وإجراءات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى تبعاً لنوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل، كما يؤكد هذا الأسلوب أن أخطاء التفكير الداخلية والعمليات المعرفية هي التي توجه انفعالات، وسلوكات الأفراد، وأنه بإمكانهم أن يصححوا العمليات المعرفية الخطأ إذا تلقوا العلاج المناسب (زيادة، 2006).

ويمتاز العلاج السلوكي بسهولة تطبيق البرنامج من قبل الآباء والمعلمين في غرفة الصف، وفي البيت، كما يمتاز عن العلاج الطبي بعدم وجود آثار جانبية قد تنتج عن استخدام العقاقير (الرواجفة، 2005).

وفيما يلي عرض لأهمّ أساليب تدريس الأطفال ذوي صعوبات التعلم الفعالة:

أ. أسلوب تحليل المهمّة (Task Analysis Procedure):

يعتبر أسلوب تحليل المهمة أحد الأساليب المفيدة في تعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم، فإن هذا الأسلوب يشتمل على تجزئة المهمة إلى الخطوات الفرعية التي تتكون منها وترتيبها بشكل متسلسل، وبناء على ذلك فإن هذا الأسلوب يتضمن توجيه الطالب نحو تأدية المهمة خطوة بخطوة إلى أن يستطيع الطالب تأديتها كاملاً بنجاح ويقصد به، تحليل المهارة التي سيتعلمها الطفل إلى مهارات جزئيّة أبسط تكوّن فيما بينها المهارة الرئيسة، وترتب هذه الأجزاء في نظام متسلسل حتى نصل إلى المهارة المُراد تعلمها (Smith, 2001).

ويعتبر أسلوب تحليل المهمّات من الأساليب التدريسية المناسبة للأطفال غير العاديين، حيث يعرّف ذلك الأسلوب أنه ذلك الأسلوب الذي يعمل فيه المعلم على تحليل المهمّة التعليميّة إلى عدد من مكوّناتها أو خطواتها بطريقة منظمة متتابعة، أو ما يسمّى بالمهمّات التعليميّة الفرعيّة حيث تحدّد نقطة البداية (المهمّة الفرعيّة الأولى) ثمّ تحدّد المهمّات الفرعيّة التالية حتى يتم تحقيق السلوك النهائي (الروسان، 2000).

وهكذا، فإن معظم أشكال السلوك التي يقوم بها الناس هي سلسلة من الاستجابات البسيطة المرتبطة ببعضها البعض بشكل وظيفي، وعند استخدام أسلوب تحليل المهمّة يتم تجزئة السلوك إلى الاستجابات التي يتكوّن منها، وبعد ذلك يتم ترتيب تلك الاستجابات ترتيباً منطقياً بدءاً بالاستجابة الأولى في السلسلة السلوكيّة وانتهاء بالاستجابة الأخيرة، ومن ثمّ يقوم المدرِّب بتعليم الطفل الاستجابة الأولى وبعد أن يتقنها يدرِّبه على الاستجابة الثانية وينتقل بعدها إلى الاستجابة الثالثة، وهكذا إلى أن يتعلم كل الاستجابات بشكل منطقي وسليم، وغالباً ما يستخدم هذا الأسلوب لاشتقاق أهداف أدائيّة يوميّة من الأهداف قصيرة المدى في البرنامج التربوي الفردي للطفل (الخطيب والحديدي، 2003).

ويُطلب من المعلم عند استخدام هذا الأسلوب في تدريس المهمّات التعليميّة أن يتبع الخطوات التالية:

1. تحديد الهدف التعليمي Specify the Objective.
2. تحديد السلوك المدخلي للمتعلم Specify the Student's Entering Behavior.
3. تحديد الخطوات (المهمّات) التعليميّة التي تقع بين السلوك المدخلي للمتعلم والهدف التعليمي (الهدف السلوكي) (الروسان، 1999).

وفيما يلي مثال على تحليل مهمّة معيّنة:

تحليل مهمّة العد من (1 ـ 10):

الهدف التعليمي: أن يعدّ الطالب شفوياً وبالترتيب من (1 ـ 10) دون مساعدة بنسبة نجاح (100٪) عندما يُطلب منه ذلك بعد مرور شهر من تدريبه على المهارة.

الأهداف التعليميّة الجزئيّة المكوّنة للهدف التعليمي السابق هي:

1. أن يلفظ الطالب رقم (1) دون أخطاء أو تردّد عندما يُطلب منه.
2. أن يلفظ الطالب رقم (2) دون أخطاء أو تردّد عندما يُطلب منه.
3. أن يلفظ الطالب رقم (3) دون أخطاء أو تردّد عندما يُطلب منه.
4. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 3) بشكل صحيح مع الترتيب.

5. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 4) بشكل صحيح مع الترتيب.
6. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 5) بشكل صحيح مع الترتيب.
7. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 6) بشكل صحيح مع الترتيب.
8. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 7) بشكل صحيح مع الترتيب.
9. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 8) بشكل صحيح مع الترتيب.
10. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 9) بشكل صحيح مع الترتيب.
11. أن يعدّ الطالب من (1 ـ 10) بشكل صحيح مع الترتيب (الخطيب، 1992).

لقد ازداد الاهتمام بتعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم الاستراتيجيات التي من شأنها أن تساعدهم على أن يصبحوا متعلمين أكثر فعالية وأكثر كفاءة، وتعرف هذه الاستراتيجيات باستراتيجيات التعلم ويقصد بها تعليم الطلبة كيف يتعلمون، فالطلبة ذوو صعوبات التعلم يفتقرون إلى المهارات التنظيمية ويشعرون بمستويات مرتفعة من الإحباط في المواقف التعليمية لأسباب مختلفة من أهمها مشكلات التذكر وضعف الانتباه وصعوبات الإدارك السمعي والبصري، وفي ضوء ذلك ثمة حاجة ماسة إلى تعليم هؤلاء الطلبة مهارات فاعلة لاكتساب المعلومات وتخزينها واستدعائها في المواقف المختلفة وقد تكون استراتيجيات التعلم بسيطة وقد تكون بالغة التعقيد.

ومن الأمثلة على استراتيجيات التعلم البسيطة:

1. أخذ الملاحظات.
2. إعداد رسم بياني.
3. طرح الأسئلة على المعلم.
4. طرح الأسئلة ذاتياً.
5. الاطلاع على الأسئلة قبل البدء بالقراءة.
6. التمرن على تقديم عرض شفوي.

أما استراتيجيات التعلم المعقدة لها أشكال عديدة في المجالات الأكاديمية:

1. ففي عملية الكتابة مثلاً قد تتمثل هذه الاستراتيجيات في التخطيط، والكتابة.
2. وقد تتمثل استراتيجيات التعلم المعقدة في العمليات المعرفية والعمليات ما وراء المعرفية، فالعلميات المعرفية تشتمل على استخدام عمليات وإجراءات محددة لمعالجة المعلومات مثلاً (تدوين الملاحظات، طرح الأسئلة).
3. أما استراتيجيات ما وراء المعرفية فهي عمليات تنفيذية عامة غير محدد بمهمة محدد وهي تشمل العمليات المعرفية التي يستخدمها الطالب عند التخطيط والمتابعة والتقييم لتعلمه لذلك فهي تعرف باستراتيجيات تنظيم الذات وغالباً ما يشمل هذا النوع من التعلم تحديد الأهداف والتعليم الذاتي والمتابعة الذاتية والتعزيز الذاتي.

ب. أسلوب تشكيل السلوك (Shaping Behavior Procedure):

التشكيل هو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المُراد الوصول إليه، ويشتمل على الاقتراب خطوة فخطوة من السلوك المطلوب وذلك من خلال مساعدة المتعلم على الانتقال على نحو تتابعي من السلوك الذي يستطيع القيام به حالياً (السلوك المدخلي) إلى السلوك الذي يتوخّى تحقيقه (السلوك النهائي) (الخطيب، 1992).

ويُطلب من المعلم اتباع الخطوات التالية عند استخدامه لأسلوب تشكيل السلوك كأسلوب تعليمي:

1. تحديد السلوك النهائي: Shaping the Target Behavior

ويقصد بذلك تحديد السلوك النهائي أو الهدف النهائي المرغوب فيه من قِبل المتعلم.

2. تحديد السلوك المدخل للمتعلم: Shaping the Initial Students Behavior

ويقصد بذلك تحديد مستوى الأداء الحالي للمتعلم، وذلك من خلال قياس مستوى الأداء الحالي أو ملاحظة سلوك الطفل الحالي قبل بداية التعلم، وذلك من أجل تحديد نقطة البداية في تعلم الطفل للمهمّة التعليميّة.

3. تحديد المعزِّز القوي والمناسب: Selecting a Powerful Reinforce

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على اختيار المعزِّز القوي المناسب والذي يعمل على تعزيز السلوك المدخلي، ويعمل على تكراره، وإثارة دافعيّة المتعلم إلى أقصى حدّ ممكن حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

4. تعزيز السلوك المدخلي حتى يحدث بشكل متكرّر:

Reinforcing the Initial Behavior Until it Occurs Frequently

ويقصد بذلك تعزيز السلوك المدخلي وذلك بهدف حدوث السلوك الأولي بشكل متكرّر، حتى يؤدي السلوك المدخلي إلى السلوك اللاحق والذي يقترب من السلوك النهائي.

5. تعزيز السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك النهائي:

Reinforcing Successive Approximations of Target Behavior

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على تعزيز السلوك التدريجي الذي يقترب من السلوك النهائي، حيث يعزِّز المعلم الخطوة رقم (2)، ثمّ الخطوة رقم (3)، ثمّ الخطوة رقم (4)، وهكذا حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

6. تعزيز السلوك النهائي كلما حدث:

Reinforcing the Target Behavior Each Time

ويقصد بذلك تعزيز السلوك النهائي عندما يحدث، وكما حدث ويطلب من المعلم اختيار المعزِّز المناسب للسلوك النهائي.

7. تعزيز السلوك النهائي وفق جداول التعزيز المتغيّرة:

Reinforcing the Target Behavior on Intermittent Reinforcement Schedule

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على استخدام نظام التعزيز الذي يقوم على أساس من التعزيز وفق جداول الزمن أو الاستجابة المتغيّرة، وذلك من أجل المحافظة على نشاط المتعلم واستمراريّته في التعلم (الروسان، 2000).

ج. أسلوب تسلسل السلوك (Chaining Procedure):

يُعدّ أسلوب تسلسل السلوك أسلوباً مكمّلاً لأسلوب تشكيل السلوك، وإذا كان أسلوب تشكيل السلوك يتعامل مع سلوك مكوّن من عدد من الاستجابات، فإن أسلوب تسلسل السلوك يتعامل مع عدد من أشكال السلوك المتسلسلة والمكوّنة لسلوك عام مثل كتابة فصول كتاب، أو الحصول على درجة جامعيّة أو مدرسيّة، وتكوّن الأمثلة السابقة من عدد من الحلقات في كل منها، سلوك عام يتألف من عدد من الحلقات، حيث تمثل كل حلقة، والمتصلة بالحلقة اللاحقة سلسلة من أشكال السلوك المتسلسلة المكوّنة في النهاية إعداد كتاب يتألف من عدد من الفصول أو الحلقات، والأمر كذلك في حالة الحصول على درجة جامعيّة، وعلى ذلك يبدو الفرق واضحاً بين كل من تشكيل السلوك، وتسلسل السلوك، إذ يتعامل أسلوب تشكيل السلوك مع سلوك واحد يمكن تحليله إلى عدد من المهمّات الفرعيّة، في حين يتعامل أسلوب تسلسل السلوك مع عدد من حلقات السلوك المترابطة لتشكّل معاً سلوكاً عامّاً (الروسان، 2000).

ويستند التسلسل إلى تحليل المهارات Task Analysis وهي عمليّة تهدف إلى:

- تحديد الخطوات اللازمة لتحقيق السلوك المستهدف.
- تحديد مستوى الأداء الحالي.

ويعرّف تحليل المهارات على أنه تجزئة المهمّة المطلوبة من الشخص إلى الحلقات الصغيرة التي تتكوّن منها وترتيبها على شكل متسلسل اعتماداً على موقع كل من هذه الحلقات في السلسلة وبعد ترتيب الاستجابات يتم تعليم الاستجابة الأولى، ثمّ الثانية، فالثالثة... إلخ، إلى أن يؤدي الفرد السلسلة بكاملها، وإذا تبيّن أنه لا يستطيع تأدية إحدى الحلقات في السلسلة، وهذا ليس أمراً مستبعداً، لا بدّ من العمل على تشكيلها، وفي هذا النموذج يكون التركيز على المهمّة التي سيؤدّيها الفرد لا على قدرته الداخليّة، بمعنى آخر، فتحليل المهارات يتعامل مع استجابات يمكن ملاحظتها وقياسها بشكل مباشر (الخطيب، 2010).

وتميّز بوفتش (Popovich, 1981) بين نوعين من أساليب تشكيل السلوك: **الأوّل** ويسمّى تشكيل السلوك الأمامي Forward Chaining، أمّا الثاني فيسمّى تسلسل السلوك العكسي Backward Chaining.

ويُعرّف أسلوب تسلسل **السلوك الأمامي** بأنه ذلك الأسلوب التدريسي الذي يعمل على بدء عمليّة تعلم المهارة من الخطوة الأخيرة في سلسلة تعلم المهارة، في حين يُعرّف أسلوب تسلسل **السلوك العكسي** بأنه ذلك السلوك التدريسي الذي يعمل على البدء بتعلم المهارة الأخيرة في السلسلة، ثمّ ينتقل تدريجياً في السلسلة نحو الخطوة الأولى (الروسان، 2000).

إجراءات تسلسل السلوك:

يتطلب استخدام أسلوب تسلسل السلوك كأسلوب من أساليب تعديل السلوك عدداً من الإجراءات هي:

- تحديد الهدف النهائي أو السلوك النهائي لاستخدام هذا الأسلوب.
- تحليل الهدف النهائي إلى عدد من أشكال السلوك المتسلسلة والمترابطة معاً في سلسلة تسمّى سلسلة السلوك أو سلسلة الاستجابات المترابطة معاً في حلقات.
- تعزيز السلوك النهائي أو الاستجابة النهائيّة.
- صعوبة الانتقال من استجابة أو سلوك إلى آخر في سلسلة الاستجابات أو أشكال السلوك دون نجاح في الحلقة السابقة.

ويوضّح المثال التالي تطبيقاً عمليّاً لاستخدام أسلوب تسلسل السلوك الأمامي في تعليم مهارة القراءة.

مهارة القراءة:

تتكوّن هذه المهارة من عدد من الاستجابات (أو أشكال السلوك) المترابطة في سلسلة من الحلقات، لتشكّل جميعها ومعاً مهارة القراءة، والمكوّنة من الحلقات التالية:

- مهارة تقليب صفحات كتاب مصوّر.

- مهارة التعرّف إلى الصور في الكتاب.
- مهارة التعرّف إلى الكلمات.
- مهارة مطابقة الكلمات.
- مهارة القراءة الجهريّة للكلمات والجمل.
- مهارة القراءة للفقرات في كتاب.
- مهارة القراءة لعدد من الصفحات في كتاب.
- مهارة القراءة الصامتة.
- مهارة القراءة الاستيعابيّة.

ويمكن توظيف أسلوب تسلسل السلوك في عدد من مجالات الحياة، وكذلك في مجالات التدريس ومنها مجالات تدريس وتدريب الطفل على المهارات الحركيّة العامّة والدقيقة، ومهارات الحياة اليوميّة والمهارات اللغويّة وغيرها من المهارات التعليميّة (الروسان، 2000).

د. أسلوب الحث (Prompting Procedure):

يُعرّف أسلوب الحث على أنه: "ذلك الأسلوب الذي يتضمّن تقديم مثير تمييزي يحفز المتعلم على القيام بالاستجابة المطلوبة، خاصةً إذا اتبع الحث بالمعزّز المناسب في بداية عمليّة التعليم" (الخطيب، 2010).

فالحث هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزيّة إضافيّة بهدف زيادة احتماليّة تأدية الفرد للسلوك المستهدف، وذلك من أجل تمييزها عن المثيرات التمييزيّة المتوافرة أصلاً في البيئة، فالمثيرات التمييزيّة المساندة لا تصاحب السلوك في العادة وإنما يزوّدها للشخص شخص آخر لغاية معيّنة بمعنى آخر، فالحث في الحقيقة هو حث الفرد على أن يسلك على نحو معيّن والتلميح له بأنه سيعزّز على ذلك السلوك (الخطيب، والحديدي، 2003).

هذا ويوجد ثلاثة أنواع من الحث هي:

1. **الحث اللفظي Verbal Prompt**: ويقصد به تقديم المساعدة اللفظيّة التي تعمل على تحقيق السلوك المطلوب تعلمه كأن تذكر المتعلم بما يجب عليه القيام به أو أن يشجّع على القيام بالمهارة.
2. **الحث الإيمائي Gestural Prompt**: ويقصد به تقديم المساعدة الإيحائيّة للمتعلم التي تعمل على تحقيق السلوك المطلوب تعلمه كأن تنظر إلى الشيء المطلوب تعلمه بعينيك أو تشير إليه من بعيد لتوجّه انتباه المتعلم إلى ذلك السلوك المطلوب.
3. **الحث الجسمي Physical Prompt**: ويقصد به تقديم المساعدة الجسميّة للمتعلم والتي تعمل على تحقيق السلوك المطلوب تعلمه، كأن تعمل على حمل يد الطفل وتساعده في الكتابة (الروسان، 2000).

والحث إجراء ضروري ومفيد في محاولات التدريب الأولى، عندما يكون الهدف مساعدة الأشخاص العاديين على اكتساب سلوكات جديدة ليس بمقدورهم تأديتها حالياً. أمّا إذا كان الشخص ضعيفاً، فغالباً ما تكون هناك حاجة للحث لمدّة أطول، بشكل متكرّر أكثر، خاصّة إذا كان السلوك المستهدف من التدريب سلوكاً معقداً، فالحث المتكرّر سيؤدّي إلى اعتماد الفرد عليه، فهو قد لا يقوم بتأدية السلوك إلا إذا تم تلقينه، ولهذا لا بدّ من العمل على إخفائه بأكبر سرعة ممكنة.

هـ. أسلوب التدريس المباشر "التعليم الموجّه" (Direct Instruction):

يُعتبر التعليم المباشر أسلوباً للتعليم الفردي، وذلك عندما يكون المربي بصدد تدريب مهارات أو سلوكات أو مفاهيم محدّدة مثل تعليم العد من واحد إلى عشرة.

ويتضمّن أسلوب التدريس المباشر خمسة إجراءات رئيسة هي:

1. ***وضع الأهداف بطريقة سلوكيّة:*** بحيث يتم تحديد السلوك المطلوب أداؤه والشروط الضروريّة لحدوثه والمحك (المعيار) الذي يمكن بواسطته الحكم على ذلك السلوك.

2. *تحليل المهمّة المُراد تعليمها:* فالهدف السلوكي يتضمّن مهمّات معيّنة على الطالب القيام بها ليحقق الهدف، وهذه المهمّات يجب تحليلها إلى مهمّات أصغر وهناك نوعان من التحليل:

- **الأوّل:** يقوم على أساس تجزئة المهمّة إلى أجزائها الأساسيّة والهدف النهائي هو أن يقوم الطالب بتأدية جميع الأجزاء مجتمعة.
- **الثاني:** يقوم على أساس تجزئة المهمّة إلى مهمّات أصغر، وترتيب تلك المهمّات في تسلسل حسب درجة صعوبتها بحيث تكون المهمّة النهائيّة هي الهدف النهائي للسلوك.

3. *تحديد الإجراءات التعليميّة:* حيث إن تعليم ذوي صعوبات التعلم يتطلب تحديداً دقيقاً للإجراءات التي يتبعها المربّي.

والإجراءات التعليمية وفق أسلوب التعليم المباشر هي:

- **التعلم اللفظي:** مثال ذلك، خذ المكعب الأحمر، أعطني المكعب الأحمر.
- **الوسائل التعليميّة:** مثال ذلك، مكعبات من نفس الشكل واللون والنوعيّة.
- **الاستجابة المطلوبة:** مثال ذلك، أن يناول الطالب المكعب الأحمر للمربّي.
- **رد فعل المعلم للاستجابة:** مثال ذلك، تعزيز الاستجابة عندما تكون إيجابيّة مع تحديد نوع التعزيز، أو تصحيح الاستجابة عندما يفشل الطالب.

4. *تحديد أساليب التقييم:* حيث يجب على المربّي قبل البدء في تعليم مهارة ما أن يحدّد المتطلبات أو المهارات السابقة الواجب توافرها، ومن ثمّ يقيِّم مستوى أداء الطالب لتلك المهارة وعلى ضوء ذلك التقييم يحدد المرحلة التي سيبدأ بتعليمها.

5. *تحديد إجراءات التقييم* (الخطيب، 2010).

و. النمذجة (Modeling):

يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوك الأفراد الآخرين، هذا ويتعلم الإنسان عدداً من الأنماط السلوكيّة، مرغوبة كانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، ويسمّى التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين بالنمذجة، كذلك تسمّى عمليّة التعلم هذه بمسميّات مختلفة منها: التعلم بالملاحظة، والتعلم الاجتماعي، والتقليد، والتعلم المتبادل، وقد تحدث النمذجة عفوياً أو قد تكون نتيجة عمليّة هادفة وموجّهة تشمل قيام نموذج بتأدية سلوك معيّن بهدف إيضاح ذلك لشخص آخر يُطلب منه الملاحظة والتقليد. كذلك فالنمذجة عمليّة حتميّة، فالأبناء يقلدون الآباء، والطلاب يقلدون المعلمين، والمتعالجون يقلدون المعالجين، وهكذا.

ويمكن تعريف النمذجة بأنها عملية تعلم تتضمن تقديم إيضاحات للمتعلم ليستفيد منها ويقلدها ولكي تنجح عملية النمذجة يقوم النموذج بمراعاة العوامل التالية: عمر المتدرب وقدراته وخبراته السابقة.

وتعد النمذجة من الفنيات المهمة التي تستخدم في العلاج السلوكي، وهي تستند إلى نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning، ومع تطور الأيام تطورت أسماء هذه الفنية، وظهرت تسميات عديدة لها مثل: التقليد Imitation، والتعلم بالملاحظة Learning By Observation، والنمذجة Modeling، وتعد النمذجة من الطرق الفاعلة في التعلم، حيث يتم فيها تقليد النموذج، وهي تمد التلميذ مباشرة بمراقبة الذات.

ويذكر ملحم (2001) مزايا التعلم بالنمذجة كالآتي:

1. تمكن الفرد من التعلم بأقل قدر ممكن من الأخطاء.
2. تمكن الفرد من تعلم سلوكيات معقدة مثل: تعلم اللغة من خلال شريط فيديو متقن في تقديم نموذج يقدم الصورة والصوت الجيدين.
3. تساعد النمذجة على توفير الجهد، والوقت شريطة أن يكون النموذج ملائماً.
4. تساعد النمذجة في تعديل الحكم الأخلاقي عند الفرد.

ويوضّح كازدين (Kazdin) أسلوب النمذجة كأسلوب من أساليب تعديل السلوك على أنه إجراء يتضمّن تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة الأنموذج أو تقليده، وقد يحدث التعلم دون أن تظهر على الفرد استجابات متعلمة فوريّة، وقد تحدث لاحقاً.

لذا يهدف هذا الأسلوب إلى تعديل سلوك الأفراد وذلك من خلال مراقبة نماذج مرغوب فيها، إذ يعزّز سلوك الأفراد لاحقاً بعد تقليدهم لتلك النماذج السلوكيّة، وفيما يلي **أهمّ الأهداف التي يسعى أسلوب النمذجة لتحقيقها:**

1. زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه، إذا تمّ تعلم أشكالاً جديدة من السلوك يزداد تكرارها لاحقاً في مواقف مماثلة خاصّة إذا عُزّزت.
2. كفّ أشكال السلوك غير المرغوب فيها.
3. تسهيل ظهور الأنموذج الذي يقوم بالسلوك بكل بساطة وسهولة دون خوف أو قلق (الخطيب، 2010).

إجراءات أسلوب النمذجة:

يتضمّن أسلوب النمذجة كأسلوب من أساليب تعديل السلوك عدداً من الإجراءات التي لا بدّ من توافرها وهي:

1. **السلوك الأنموذج:** ويقصد بذلك توفير السلوك المرغوب فيه، والقيام به من قِبل نموذج مرغوب فيه لدى المتعلم، وخاصّة النماذج الحيّة أو المصوّرة.
2. **مكانة الأنموذج:** ويقصد بذلك توفير النموذج الذي يحظى بمكانة وقيمة اجتماعيّة لدى المتعلم، كالآباء والمعلمين.
3. **تحديد جنس الأنموذج:** ويقصد بذلك جنس النموذج (ذكر أو أنثى).
4. **مكافأة الأنموذج:** فالسلوك الصحيح الذي يقلده عن الأنموذج يجب أن يعزّز إذ يعدّ التعزيز في هذه الحالة دافعاً حقيقيّاً إلى تقليد ذلك السلوك.
5. **الرغبة والقدرة على تقليد سلوك النموذج من قِبل المتعلم (الروسان، 2000).**

العوامل التي تزيد فعاليّة النمذجة:

حتى تكون عمليّة النمذجة عمليّة فعّالة فلا بدّ من مراعاة الأمور التالية:

1. **انتباه الملاحِظ للنموذج: Attentional Processes**

فالإيضاحات التي يقدّمها النموذج للملاحِظ لن تكون ذات قيمة إذا لم ينتبه إليها الملاحِظ، لذلك يجب التأكّد من أن الملاحِظ يتابع سلوك النموذج وهذا قد يتطلب استخدام الحث بأشكاله المختلفة.

2. **دافعيّة الملاحِظ: Motivational Processes**

حيث تتأثر احتماليّة تقليد الملاحِظ للنموذج أيضاً بدافعيّته، فإذا لم يكن لديه دافع للتقليد فالنمذجة سوف تفشل، كذلك تتأثر دافعيّة الملاحِظ بعوامل أخرى منها، عمر النموذج وجنسه ومكانته.

3. **مقدرة الملاحِظ الجسديّة على تقليد سلوك النموذج:**

Motor Reproduction Processes

فحتى تكون النمذجة عمليّة فعّالة، يجب التأكّد من أن لدى الملاحِظ القدرة الجسديّة اللازمة لأداء المهارات الحركيّة المطلوبة منه.

4. **مقدرة الملاحظ على الاستمرار بتأدية السلوك بعد اكتسابه:**

Retention Processes

يجب تشجيع الملاحِظ على الاستمراريّة بتأدية السلوك المستهدف بعد اكتسابه له، وهكذا تعتبر النمذجة أسلوباً فعّالاً لتشكيل العديد من الأنماط السلوكيّة، فلقد بيّنت الدراسات إمكانيّة استخدام هذا الأسلوب لتعليم الأطفال مهارات العناية بالذات، كذلك إمكانيّة استخدام النمذجة بفعاليّة لمساعدة الأفراد على اكتساب المظاهر السلوكيّة المعقدة، فالنمذجة تلعب دوراً مهماً في اكتساب المهارات اللغويّة، والاجتماعيّة، والشخصيّة، والمهنيّة. وعلى وجه العموم، تصبح النمذجة أكثر فاعليّة عند استخدامها مع إجراءات سلوكيّة أخرى من مثل المشاركة الموجّهة، ولعب الأدوار، والممارسات السلوكيّة، والتعزيز، والتغذية الراجعة (Martin, 1990).

ز. تعليم الأقران (Peer Tutoring):

إن التطورات التي يشهدها مجال التربية الخاصة عموماً ومن ضمنها مجال صعوبات التعلم قد أدت إلى تطورات في طرق التدريب على التدريس، ولقد أشار كل من (Eisenberger,Conti&Antonio) إلى أنه إذا أرادت إدارة التربية الخاصة الفعالة من مدرسيها أن يحصلوا على أداءات عالية من الطلاب ذوي الحاجات الخاصة عليهم تشجيع المدرسين على تطبيق أساليب وطرق تدريسية جديدة، وتدريس أشكال من السلوك تؤدي إلى النمو في القدرات العقلية وكذلك تطبيق أنشطة تعليمية تساعد على النجاح والتمكن من التعليم (Epstein, Shaywitz, Woolstons &Shaywits, 1991).

لذا اتجه العلماء للبحث عن طرق حديثة لعملية إعداد المعلمين وتدريبهم على تدريس التلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة ومن ضمنهم التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، إذ إن اختلاف الأفراد في قدراتهم وإمكاناتهم يفرض الحاجة إلى برامج تعليمية خاصة تتناسب مع هذه القدرات والاستعدادات، ويتطلب ذلك توظيف مهارات تدريسية كثيرة ومتنوعة، بالإضافة لاستراتيجيات تدريسية مبتكرة عند تدريس الطلبة مختلفي القدرات وذوي الحاجات الخاصّة (Robert,1999).

ومن الاستراتيجيات التدريسية الفعّالة استراتيجية تدريس الأقران حيث بدأت هذه الاستراتيجية تأخذ مكانة مهمة في بيئة التعلم، حيث يعمل المتعلمون فيها سوياً في مجموعات صغيرة بهدف إنجاز مهام أكاديمية محددة، وإذا ما طبق تدريس الأقران بصورة مناسبة فإنه يسهم في تنمية التحصيل الأكاديمي وتنمية المهارات الاجتماعية وتقدير الذات بصورة إيجابية.

ويعتبر التدريس بتوجيه الأقران من أساليب التوجيه في التربية والتدريس المصغّر حيث يستخدمه المعلمون والطلبة لتنمية قدراتهم المهنية معتمدين في ذلك على استثمار خبراتهم الذاتية وتبادل هذه الخبرات بصورة جيدة فيما بينهم في إطار من الثقة والاحترام والمحبة، وذلك من خلال قيام أحد الطلاب بالتدريس فيما يقوم الزميل الآخر بملاحظته أثناء قيامه بالتدريس وتدوين ملاحظاته بهدف تقديم المساعدة له وتوجيهه

الذي يؤدي إلى تحسين أدائه، فهو توجيه يقدّم الفرصة للطلاب لكي يعملوا معاً متعاونين بصورةٍ إيجابية لتحسين مهاراتهم واتجاهاتهم التعليمية (القمش، 2007).

لقد تطوّر استخدام نمذجة الأقران، وتعليمهم في الوقت الراهن حتى أصبح واحداً من أهمّ ميادين البحث في ميدان الأداء الاجتماعي. إن علاجات الأقران غير المباشرة تساعد في تحديد الحجم لاتصال الراشدين، والتي تميل إلى التداخل مع اكتساب الأطفال للكفاية الاجتماعيّة كذلك فإن الآباء والمعلمين والمتخصّصين مهتمّون في التخطيط وفي استخدام البرامج التي توصل المهارات الاجتماعيّة المناسبة، وغالباً ما يوفر الأقران أمثلة اجتماعيّة أكثر طبيعيّة والتي بدورها تدعم التعميم والمحافظة على البرنامج.

ويُشير كل من (Merrell, Kenneth,1990) إلى أن أسلوب تعليم الأقران فعّال جداً في تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة لكل من المهارات الأكاديميّة والاجتماعيّة ومهارات التواصل، ويضيف أن هذا الأسلوب يزوّد الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة بالتدريس الفردي، ممّا يساعد على توفير الوقت بالنسبة لمعلم الصف ويساعده على إدارة صفه بشكل أفضل، حيث يشعر العديد من معلمي الأطفال ذوي الحاجات الخاصّة بعدم وجود وقت كافٍ في اليوم الدراسي في تدريس الطلاب بالطريقة الفرديّة، ويجد هؤلاء المعلمون في أسلوب تعليم الأقران طريقة تمنح الوقت الكافي للمعلم ليقوم بعمليّة التدريب والتعليم.

كذلك يُشير كل من بريسلي وهوجهس (Presley and Hughes,2000) إلى أن أسلوب تعليم الأقران يساعد المعلم للتأكّد بأن الطالب:

- يفهم المهمّة التعليميّة بطريقة بسيطة.
- يتعلم المهمّة التعليميّة بوقت مناسب (أي ليس بطيئاً وليس سريعاً جداً).
- يسأل أسئلة حول المهمّة بحريّة دون أن يخجل عند سؤاله للمعلم أمام جميع طلاب الصف.
- لديه شخص واحد فقط يوضّح له فيما إذا كانت إجابته صحيحة أم لا.
- لديه شخص واحد فقط يساعده ويشجّعه لإنهاء المهمّة المكلف القيام بها.

وعلى كل حال، فما زالت هناك قضيّة أخرى تتمثل في كيفيّة زيادة انخراط الأقران خلال حياة الطفل الطبيعيّة، إن الآباء والمعلمين والعاملين غالباً ما يكونون على قدم المساواة في الشعور بحجم كبير من الإحباط عند محاولة إدخال الأقران في برامج الأطفال ذوي الحاجات الخاصّة. تحتاج المتغيّرات التي تجعل من التفاعل الاجتماعي أكثر تعزيزاً لكل الأطراف إلى تحديد واستغلال أكبر، وبشكل عام، يجب العمل على إتاحة الفرصة بحيث يتم جلب الأقران طبيعياً إلى البيئة، كما وتظهر أيضاً حاجة الأطفال بأن يكون لديهم قدر معيّن من التحكّم في الموقف، حيث إنه يجب أن يتم إعطاؤهم خيارات ومسؤوليّات، ممّا يظهر البرنامج وكأنه ملك لهم يستطيعون التحكّم فيه (كيرك وكالفنت، 1988).

ويرى المؤلفان أن هناك اتجاهاً متزايداً في البحث عن الاستراتيجية التدريسية التي تنمّي من كفايات المعلمين وتزيد من تحصيل المتعلمين وتنمي اتجاهات موجبه نحو المادة الدراسة، وترى Mercer أن استراتيجية تدريس الأقران هي تنظيم تدريسي لتزويد المعلمين بمصادر تعليمية وتوفير الفرصة للممارسة المكثفة للمهارات الأكاديمية المحددة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم من خلال الاستعانة بزوج من التلاميذ أحدهما يسمى (القرين ـ المعلم) والآخر (القرين ـ المتعلّم) ويعمل تدريس الأقران على تطوير المهارات الأكاديمية وتطوير مفهوم الذات وكذلك تطوير سلوكات مناسبة وتشجيع العلاقات الاجتماعية والتعاون، ولإنجاح تدريس الأقران لا بد من التخطيط الجيد واعتبار العوامل الآتية عند تطبيقه: تحديد أهداف تدريس الأقران، تصميم إجراءات للقرين المعلم والقرين المتعلم، تعيين القرين المعلم والقرين المتعلم وتدريبهما، مراجعة القواعد المقدمة، تدريس المهارات الاجتماعية التي يحتاجها التلاميذ أثناء تدريس الأقران، جدولة برامج لتدريس الأقران، وأخيراً تقييم البرنامج (Mercer,1997). ويذكر ميرل هارمن أن أسلوب تدريس الأقران يعتمد على قيام المعلم بالشرح المختصر للموقف التعليمي، ثم اشتراك التلاميذ في ثنائيات للتطبيق والتدريب على المهارات المتضمنة في الموقف التعليمي.

أسلوب تدريس الأقران يعني قيام المعلم بتناول الموقف التعليمي حتى يتأكد من تمكن نصف التلاميذ على الأقل من إتقان المهارة المتضمنة في الموقف التعليمي ثم يتدرب التلاميذ على المهارات في ثنائيات بهدف انغماس التلاميذ في التعلم النشط مما يساعد على تشجيع التلاميذ على مساعدة كل منهم الآخر.

ويتطلب الأمر من المعلم تقديم شرح مختصر للموقف التعليمي بحيث يتمكن نصف طلاب الصف على الأقل من إتقان المهارات في ثنائيات بحيث يساعد بعضهم بعضاً على التعلم بهدف اشتراك التلاميذ بفاعلية في الدرس، وأن ينغمسوا في التعلم النشط، وأن يتدربوا على استخدام أفكارهم وتشجيع التلاميذ على مساعدة كل منهم للآخر داخل الفصل الدراسي، ويرى Peterson أنها طريقة تتيح للمعلمين تدريب بعضهم البعض على التعلم عن طريق قيامهم بالتدريس وفق أهداف محددة مع توفير أنواع مختلفة من أساليب التغذية الراجعة، كل ذلك في قالب مبسط بعيد عن تعقيدات التعليم في الصفوف العادية (Peterson, 2000).

ويختلف دور المعلم في هذه الاستراتيجية عن الدور الذي يقوم به في التعليم التقليدي، فالمعلم هنا هو المنظم للمجموعات والمرشد والمعين للمتعلم وقت الحاجة، كما أن التعلم بالأقران يوفر وسطاً تعليمياً إيجابياً لدى المتعلمين من خلال مشاركتهم معاً في إنجاز المهام المحددة والمطلوبة منهم، وقد تترك هذه الطريقة أثرها في المتعلمين سواء على البعد المعرفي أو الوجداني وفي طبيعة علاقاتهم مع زملائهم.

ويذكر Rubin أن أسلوب تدريس الأقران يقضي على الملل ويجعل المادة التعليمية مثيرة للتعلم (Thomas, 1989:46)، ويرى توماس أن هذه الطريقة تشجع تقدير الذات وتولد الإحساس بالجماعة وتعلم المتعلمين التعاون والمشاركة في صنع القرار مما يساهم في النمو الاجتماعي لديهم (Thomas, 1989).

كما تحسن طريقة تدريس الأقران من السعة العقلية للقرين المعلم بمعنى أنها تساعد القرين المعلّم على تنظيم أفكاره واستخدام استراتيجيات تفكير أكثر مرونة

وسلاسة ، حيث إنه لكي يقوم بالشرح والتفسير فإنه يكون مضطراً إلى أن يجيب بينه وبين نفسه عن الكثير من الأسئلة التي يتوقع مواجهتها ، لذا يجب أن يتقن تماماً ويتأكد من منطقية المادة العلمية وعرضها بشكل بسيط فهي وسيلة جيدة لتذكر المعلومات وبقائها إضافة إلى مساعدته على تحمل المسؤولية والاستقلالية والإحساس بالفاعلية (Shireen & Richard, 2000).

ويمكن للطالب أن يقبل التوجيه والإرشاد من زميل له يتبادل معه الثقة والاحترام أكثر من تقبله من المعلم وبذلك يأتي التوجيه بصورة تعاونية ومشاركة إيجابية تبادلية حيث يقوم إحداهما بالتنفيذ بينما يقوم الآخر بالتوجيه والملاحظة (سعد، 2000: 60).

ويرى المؤلفان أن استراتيجية تدريس الأقران هي عملية تعليمية تبادلية يقوم فيها التلاميذ بتعليم بعضهم البعض على المهارات المختلفة حيث يمكن قياسها ، ويقوم كل تلميذ بدور المعلم والمتعلم والملاحظ وذلك وفقاً لنظام تدوير المجموعات ويكون التلاميذ على اتصال مستمر بالمعلم للتعرف على أي استفسارات أو إرشادات أو نصائح.

خطوات تنفيذ استراتيجية تدريس الأقران:

يتضمن التخطيط لتنفيذ هذه الاستراتيجية في تدريب المعلمين على مجموعة من الخطوات يمكن إيجازها فيما يلي:

1. تهيئة البيئة التعليمية : حيث تتطلب هذه الاستراتيجية توافر قدر عال من الدافعية واستعداد المعلم للقيام بالتدريس للأقران، وتقبل الأقران لقرينهم المعلم.
2. تقسيم المعلمين إلى مجموعات تضم كل مجموعة قريناً معلماً وأقراناً متعلمين وطلاباً ملاحظين من خلال نظام تدوير المجموعات.
3. تحديد مواعيد لقاءات المعلم مع الأقران المعلمين والأقران المتعلمين والملاحظين للشرح المطلوب منهم وأدوار كل منهم ومسؤولياته.
4. تحليل المهارات موضع التدريب تحليلاً دقيقاً إلى مكوناتها السلوكية وتقديمها للمعلمين لدراستها بالتفصيل.

5. تحديد نوعية المشاركة: بمعنى هل يقوم القرين المعلم بالتدريس لدرس كامل متضمناً عدداً من المهارات أم جزءاً منها؟ هل سيقوم أكثر من قرين معلم بالتدريس في الموقف التعليمي ذاته؟
6. تحديد المدة الزمنية التي سيتم فيها التدريس: هل سيكون خلال حصة كاملة أم جزء منها؟ ويقدم البعض تصوراً للزمن الأمثل لحصة التدريس للأقران في حالة إذا كان عدد الأقران (4 ـ 5) تلاميذ فيقترح (15 ـ 20) دقيقة للتدريس وخمسة دقائق للنقد ثم (15) دقيقة أخرى لمعاودة التدريس.
7. ينفذ القرين المعلم الدرس المعد على مجموعة الأقران المتعلمين في الوقت المحدد لعرض الدرس.
8. يقوم المعلم ومجموعة الأقران المتعلمين والملاحظين بتسجيل ملاحظاتهم على أداء القرين المعلم أثناء تنفيذه للدرس.
9. يناقش المعلم ومجموعة الأقران المتعلمين والملاحظين القرين المعلم في الأداء الخاص به من حيث جوانب القوة وجوانب الضعف.
10. يأخذ القرين المعلم استراحة يستطيع فيها عمل تصور جديد للدرس في ضوء آراء أقرانه وتوجيهات وإرشادات مشرفه ويستعد لتدريسه مرة أخرى.

ومن هذا المنطلق تمارس التغذية الراجعة دورها باستمرار سواء أكانت ذاتية من القرين المعلم لنفسه أم خارجية من المعلم والأقران المتعلمين والمراقبين وذلك بنقد التجربة مرة أخرى وإعطاء توجيهات يستطيع القرين المعلم في ضوئها تحسين أدائه بعد ذلك ومعاودة تدريس الدرس (القمش، 2007).

ح. استراتيجية تدريب الحواس المتعدّدة:

يقصد بهذه الاستراتيجية أن يقوم المعلم أو المدرِّب بالتركيز على حواس الطفل جميعها في تدريبه على المهارات أو تدريسه، مستعيناً بالوسائل التعليميّة المرتكزة على الحواس السمعيّة أو البصريّة... إلخ. ويرتكز هذا الأسلوب على مبدأ أن الطفل سوف

يكون أكثر قابليّة للتعلم عندما تستخدم أكثر من حاسة واحدة من حواسه في تعلمه. ويُعتبر أسلوب (فرنالد Ferland) المسمّى بأسلوب (VAKT) نموذجاً لهذه الاستراتيجية حيث (V) تمثل البصر (Visual) و(A) تمثل السمع (Auditory) و(K) تمثل الإحساس بالحركة (Kinesthatic) و(T) تمثل اللمس (Tactual). في الخطوة الأولى من هذا الأسلوب يحكي الطفل قصة للمدرِّس ثمّ يقوم المدرِّس بكتابة كلمات هذه القصة على السبورة ويطلب من الطفل أن ينظر إلى الكلمات (البصر)، ثمّ يستمع إلى المدرِّس عندما يقرأ هذه الكلمات (السمع) ثمّ يقوم الطفل بقراءتها (النطق)، وأخيراً يقوم بكتابتها (اللمس والإحساس بالحركة) **(السرطاوي، وسيسالم، 1987).**

ط. تكييف التعليم:

تتطلب طبيعة المشكلة التي يعاني منها بعض ذوي الحاجات الخاصة تكييف الأساليب التدريسيّة لتتلاءم مع طبيعة الفرد، كذلك تصميم وسائل وأدوات تعليميّة خاصّة أو تكييف وتعديل الوسائل التعليميّة التقليديّة.

ويُشير الخطيب والحديدي (2003) إلى أن تكييف التعليم يشمل الجوانب الأساسيّة التالية:

- تعديل الحصص لتلبي حاجات الأطفال.
- تعديل معدل السرعة في تقديم المحتوى الدراسي.
- توفير التعليم الإضافي.
- مراجعة المعلومات.

ومن الأدوات والوسائل التي قد تلزم تلك المخصّصة للأطفال الذين لا يستطيعون الكتابة باليد؛ لأن ضعفهم الحركي يمنعهم من حمل أدوات الكتابة، كذلك بعض الأطفال يظهرون حركات لا إراديّة غير منتظمة وهم بحاجة إلى أدوات خاصة لتثبيت الأوراق، كما يحتاج بعض الأطفال إلى أدوات معدّلة لتأدية مهارات العناية بالذات، وثمّة أطفال معوقون يحتاجون إلى أدوات مكيّفة للتواصل مع الآخرين بطرق بديلة.

ي. التنظيم الذاتي:

تشير عملية التدريب على التنظيم الذاتي إلى مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي توظف بهدف مساعدة الأفراد على التحكم الذاتي بالسلوك الشخصي في العديد من الأماكن والمواقف المختلفة، ويعني ذلك إيجاد أنماط سلوكية جديدة تمكن الفرد من التحكم بنفسه وبالتالي ينصب الاهتمام بالتنظيم الذاتي على سوابق السلوك والعمليات المعرفية الوسيطية ونواتج السلوك بسبب كونها جميعاً عمليات تتحكم بالسلوك. (Grandvold, 1994).

ويعتبر برنامج التنظيم الذاتي أحد أشكال تعديل السلوك حيث يقوم هذا العلاج على أساس الافتراض بأن الإنسان يستطيع ممارسة السيطرة على سلوكه ودوافعه، وهذا الافتراض يتعارض مع المبادئ السيكولوجية الأساسية، والتي ترى بأن المحيط هو الذي يفرض السيطرة وليس الفرد نفسه.

إن من أهم الخصائص التي تميز الإنسان أنه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته ناتجة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه، ومن خلال دوره كمؤثر، وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك قوة رئيسة في توجيه ذاته (عبد الستار، 1994).

وعلى العموم تشير عملية التدريب على التنظيم الذاتي إلى التدرب على مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي توظف بهدف مساعدة الأفراد على التحكم الذاتي بالسلوك الشخصي في العديد من الأماكن والمواقف المختلفة وهذا ما يسمى باستراتيجية التعميم Generalization Strategy والتي تمتد إلى إيجاد أنماط سلوكية جديدة بحيث يحكم الفرد نفسه وبالتالي ينصب الاهتمام بالتنظيم الذاتي على سوابق السلوك والعمليات المعرفية الوسيطية ونواتج السلوك بسبب كونها جميعاً عمليات تتحكم بالسلوك (Grandvold, 1994).

ويعتبر التنظيم الذاتي أسلوباً يمكن استخدامه بنجاح مع الأطفال العاديين والأطفال الموهوبين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية الانفعالية، وهو أسلوب فعال في علاج عدد من المشكلات السلوكية والأكاديمية.

ويرى كانفر أن الأساس النظري للتنظيم الذاتي هو أن كثيراً من أنماط السلوك المشكل لا يمكن تغييرها إلا من خلال الشخص نفسه وذلك لصعوبة العمل على مراقبتها بشكل مستمر، كما أن المواقف الخاصة بالمشكلات ترتبط بشكل وثيق مع ردود الفعل الذاتية وبعض الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والتخيلات وهذه الأنماط السلوكية لا يمكن العمل على مراقبتها مباشرة وإذا كان افتراضنا الأساسي يستند إلى أن سلوك الفرد ينبع من المحتويات المعرفية لديه فالأولى العمل على نقل مسؤولية العلاج إلى المسترشد (الشناوي، عبد الرحمن، Granvold,1994).

وقد وضعت مجموعة من الخصائص التي يتميز بها برنامج تنظيم الذات الفعال من قبل (Mary, 1999):

1. تكون استراتيجيات تنظيم الذات فعالة أكثر إذا استخدمت كمجموعة، لذلك يفضل استخدامها بشكل مجموعة وليس بشكل فردي.
2. الثبات في استخدام الاستراتيجيات أمر أساسي وضروري، وإذا لم تستخدم بشكل نظامي في فترات محددة، فإن فاعليتها ستكون محدودة في إحداث تغييرات مهمة.
3. من المهم وضع أهداف واقعية، وتقييم الدرجة التي يمكن أن تتحقق بها هذه الأهداف.
4. استخدام التعزيز الذاتي، وهو عنصر مهم في برامج تنظيم الذات.
5. الدعم البيئي مهم للمحافظة على التغييرات الناتجة من برنامج التنظيم الذاتي.

طرق زيادة انتباه الطلبة ذوي صعوبات التعلم:

من المعروف أن ثمة علاقة وثيقة بين ضعف الانتباه والتشتت وبناء على ذلك ينبغي على المعلمين استخدام أساليب مناسبة لزيادة انتباه هؤلاء الطلبة فذلك ينعكس إيجابياً على تعليمهم وتحصيلهم، حيث إن اختصار الواجبات المنزلية عن طريق:

1. إعطائهم عدداً أقل من المسائل أو المشكلات.

2. استخدام التدريب الموزع والذي يعني التدريب في فترات قصيرة نسبياً يتخللها فترات استراحة.
3. إطفاء عنصر التشويق على المهمات التعليمية.
4. عرض المهمات التعليمية المثيرة لاهتمام الطالب.
5. التنويع في التدريس وإظهار عنصر الجدة والحداثة وعلى المهمة التعليمية.
6. استخدام مثيرات ذات أبعاد واضحة.
7. استخدام الإيماءات اللفظية والتلميحات الوجهية وغيرها من الدلالات التميزية المساعدة للفوز بانتباه الطالب.
8. استخدام الوسائط المتعددة.
9. تعزيز الانتباه.
10. إزالة المثيرات المشتتة واستخدام المثيرات ذات العلاقة فقط.

ومن خلال استخدام الأسلوب العلاجي المعرفي السلوكي يمكن تعليم مهارات تنظيم الذات لذوي صعوبات التعلم.

حيث من المعروف أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يفتقرون إلى مهارات تنظيم الذات وهي من الخصائص المميزة لهم، ففي دراسة ميريل (Merrell,1990) التي هدفت للمقارنة بين طلاب عاديين وطلاب ذوي صعوبات تعلم على قائمة تقدير المعلمين للنشاط الزائد والتنظيم الذاتي، بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين في مهارات تنظيم الذات لصالح الطلاب العاديين، وقد أشارت ميثوج (Mithaug,1998) إلى أن التخيل الزائد، والتأخير في العمل، وتشتت الانتباه من مظاهر قلة تنظيم الذات، حيث قدمت استراتيجيات يمكن أن يستخدمها المعلمون لتشجيع تنظيم الذات عند طلابهم الذين يعانون من تشتت الانتباه أو الحركة الزائدة، أو التأخر في إنجاز المهمات (جابر، 1996). ويصف شور (Shore,1998) هؤلاء الطلاب بأنهم غير منظمين، حيث يمكن ملاحظة المظاهر التالية عليهم في غرفة الصف:

1. قد ينسى إحضار الأدوات المطلوبة من المنزل.

2. مهمل وغير منتبه.
3. يرتبك عندما يقوم بعمل ما.
4. يعاني من صعوبة في تذكر المعلومات، مثل صعوبة تذكر الجدول المدرسي.
5. يتذكر عمل الواجبات في وقت متأخر وقد لا يتذكرها نهائياً.
6. يجد صعوبة في البدء بمشروع أو كتابة تقرير.
7. لا يكتب الواجب البيتي بدقة، أو قد لا يكتبها أبداً، وإذا قام بالواجب بشكل صحيح ينسى إحضاره إلى المدرسة.
8. يجد صعوبة في التعبير عن نفسه بشكل منظم ومتتابع.
9. نادراً ما يشعر بأهمية الوقت.
10. يفقد أوراقه وأدواته باستمرار.

وكذلك أكد كولنان (Cullinan) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يتصرفون باندفاع أو بتهور في حل المشكلات أو المسائل (الكوافحة، 2003). وقد أشارت عدة دراسات إلى حاجة الطلبة ذوي صعوبات التعلم إلى تعلم أساليب مناسبة تساعدهم على التعلم والتحكم بسلوكهم، ومن هذه الأساليب أسلوب التنظيم الذاتي، فقد أكد روبرت (Robert, 1991) إلى أهمية تعليم الطلاب كيفية تغيير سلوكهم نحو الأفضل، وذلك من خلال برامج تنظيم الذات، وفي هذا إشارة إلى أن السبب في هذه السلوكات غير المرغوبة هو قلة تنظيم الذات لديهم.

ولمساعدة الأطفال على إدارة مشاكلهم بأنفسهم يستخدم النموذج السلوكي المعرفي على نطاق واسع، وفي هذا النموذج ينصب الاهتمام على الأحداث السابقة والعمليات المعرفية والوسيطية والأحداث اللاحقة باعتبارها عمليات تتحكم بالسلوك. وهو يسهم في نقل مركز الضبط عند الفرد من المجال الخارجي إلى المجال الداخلي، ويزيد من إدراك الفرد لقدرته ويزيد من دافعيته للتحسن (Mithaug, 1998).

وتقترح ليرنر مجموعة من الأساليب الفعالة في مساعدة هؤلاء الطلبة على تعلم مهارة تنظيم الذات:

1. توجيه الطلبة لوضع الأشياء في أماكن محددة.
2. تزويد الطلبة بقائمة بالمواد التي يحتاجون إليها لتأدية المهمة التعليمية.
3. تزويد الطالب بجدول زمني معروف وواضح ليتسنى له معرفة ماذا يفعل ومتى يفعله.
4. التأكد من حصول الطلبة على التعيينات الدراسية المنزلية قبل أن يغادروا المدرسة.
5. تزويد الطلبة بملف لتنظيم الأشياء فيه.
6. استخدام لون مختلف لكل مادة من المواد الدراسية في الملف.

ثالثاً: العلاج النفسي (Psychotherapy)

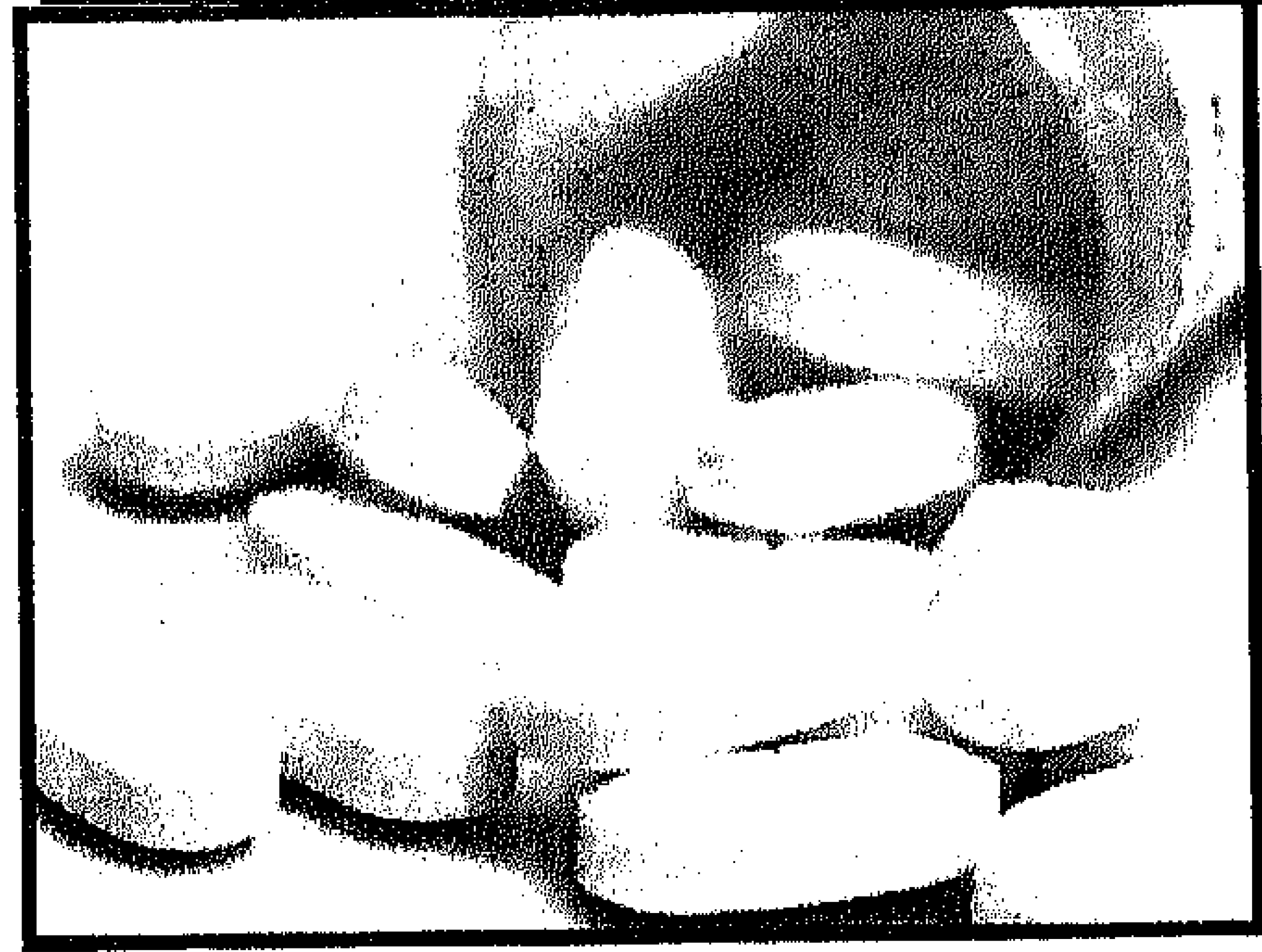
تتطلب بعض حالات صعوبات التعلم توافر برامج العلاج النفسي، المتمثلة في برامج الإرشاد النفسي للوالدين لمساعدتهما لتقبل الطفل وتعلم كيفية معاملته، وعلاج مظاهر العجز النمائي الذي يؤثر في التعلم، ويهتم هذا الأسلوب بعلاج وظائف العمليات النفسية الإدراكية المعرفية المسؤولة عن التعلم (الشايع، 2006).

رابعاً: العلاج الطبي (Medical Therapy)

تحتاج بعض حالات صعوبات التعلم إلى التدخل الطبي كما في حالات ضعف التركيز ونقص الانتباه وفرط الحركة. وتتناول الأساليب الطبية بعض المظاهر ذات العلاقة بصعوبات التعلم ولا تتناول الصعوبة بحد ذاتها أي أنها أساليب غير مباشرة فهي تعالج النشاط الزائد وتشتت الانتباه والاندفاعية والافتراض الأساسي الذي تقوم عليه إجراءات العلاج هو أن صعوبات التعلم ناتجة عن خلل وظيفي في الدماغ أو خلل بيوكيميائي في الجسم.

ويشتمل الاتجاه الطبي على أساليب متعددة أهمها:

أ. العلاج بالعقاقير الطبية:



حيث يستخدم هذا الأسلوب بشكل شائع في علاج حالات الإفراط في النشاط، إذ إن التقليل من النشاط الزائد يحسّن من درجة استعداد الطفل للتعلم، ولقد وجد أن بعض العقاقير الطبية التي تعرف بأنها منشطات للبالغين ذات أثر عكسي على الأطفال مفرطي النشاط، أي أن تلك العقاقير المنشطة للبالغين ذات أثر مهدئ على أولئك الأطفال، وتختلف فاعلية تلك العقاقير من طفل لآخر، لذا من غير الممكن التعميم بأن عقاراً ما ينفع في علاج مختلف الحالات، ومن أشهر العقاقير المستخدمة في هذا المجال الريتالين والديكسدرين والسايليرت (Lerner, 2000).

ب. العلاج بضبط البرنامج الغذائي:

يعتبر ضبط البرنامج الغذائي أسلوباً آخر من أساليب العلاج الطبية لصعوبات التعلم والذي ظهر في منتصف السبعينيات من القرن الماضي ويعتبر فينجولد Feingold، هو صاحب هذا الأسلوب ويرى أن المواد الملونة والحافظة ومواد النكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال أو حفظ المواد الغذائية المعلبة خاصة الفواكه والعصير وغيرها من المواد الكيماوية المضافة تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال، وعليه يجب ضبط البرنامج الغذائي بحيث لا يشتمل على مثل هذه المواد الكيماوية، وينادي فينجولد بالتقليل من استخدام هذه المواد في الصناعات الغذائية لمصلحة الجميع حيث إن آثارها السلبية لا تقتصر على ذوي صعوبات التعلم. وتتفق معظم المصادر بأن هذا الأسلوب في العلاج لا زال يفتقر إلى السند العلمي المقبول.

ج. العلاج عن طريق الفيتامينات Megavitamins:

ويقوم هذا الأسلوب في العلاج على إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص أو شراب أو كبسولات، وظهر هذا الأسلوب في العلاج في أوائل السبعينيات حيث كان يستخدم في علاج بعض حالات ذهان الطفولة، ويشير أنصار هذا الأسلوب إلى أن جرعات الفيتامينات للأطفال ذوي صعوبات التعلم تظهر تحسناً في فترة انتباههم وخفضت من درجة الإفراط في النشاط (الشايع، 2006).

إن جميع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وعلى وجه الخصوص ذوي صعوبات التعلم، يمكن مساعدتهم على تطوير مهاراتهم وقدراتهم وشخصياتهم بغض النظر عن مدى العجز الظاهر أو مستوى القصور في تطويرهم. ومن المؤكد أن هناك حدوداً لما يمكن تحقيقه، لكن هذه الحدود لا تكمن في الطفل نفسه فحسب بل أيضاً في قدرتنا على التعليم، ووضع برنامج خاص لكل طفل على ضوء مستواه العقلي، والتشديد على المهارات الاجتماعية والعناية الذاتية المستقلة.

الفصل الثالث
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإعاقة السمعية

- مقدمة.
- تعريف الإعاقة السمعية.
- شيوع الإعاقة السمعية.
- تصنيف الإعاقة السمعية.
- خصائص المعوقين سمعيا.
- الإعاقة السمعية والتعليم.
- صعوبات رعاية المعوقين سمعياً.
- المقومات الأساسية لبرنامج المعوقين سمعياً.
- مهارات التواصل الواجب إتقانها من قبل المعوقين سمعياً.
- توظيف التكنولوجيا لدى المعاقين سمعيا.
- العوامل النفسية والاجتماعية المتعلقة بالتدخل اللغوي للمعوقين سمعياً.
- الإستراتيجيات المستخدمة في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً.
- المناهج المتبعة في تعزيز التدريب على الكلام للأطفال المعاقين سمعيا.
- فريق العمل متعدد التخصصات.
- البدائل التربوية للطلبة المعوقين سمعياً.
- توجيهات وتوصيات لرعاية الطفل الأصم في سن ما قبل المدرسة.
- الصعوبات التي يواجهها الطفل المعوق سمعيا عند التحاقه بالمدرسة.
- إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعيا.

الفصل الثالث

البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإعاقة السمعية

مقدمة:

تعتبر وظيفة السمع التي تقوم بها الأذن من الوظائف الرئيسة والمهمة للإنسان، وتتمثل آلية السمع في انتقال المثير السمعي من الأذن الوسطى، ومن ثم إلى الأذن الداخلية فالعصب الرئيس (السمعي) ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي حيث تفسر المثيرات السمعية.

بمعنى أن الأذن تقوم بتلقي الموجات الصوتية وتحويلها إلى موجهات كهربائية تنتقل إلى الدماغ عن طريق العصب السمعي، وفي الدماغ تتم ترجمة تلك الموجات الكهربائية وتفسيرها وإعطاؤها معنى.

ويعد إتقان مهارات التواصل لدى المعوقين سمعياً أساساً لفاعلية التدخل التربوي والتأهيلي معهم، حيث يختلف المعلمون والمهنيون فيما بينهم حول أفضل المهارات التي يجب استخدامها من أجل التواصل مع الأفراد المعوقين سمعياً؛ فمنهم من يعتقد بأهمية التواصل الشفوي اللفظي لمساعدة هؤلاء الأفراد وتهيئتهم للعيش في مجتمع السامعين، أما البعض الآخر فيرى أن التواصل اليدوي باستخدام لغة الإشارة هو الأساس لكي يتم استخدامها مع الذين لديهم إعاقة سمعية، مما يساعدهم على الاندماج في المجتمع، وتسعى البرامج التربوية للأطفال المعوقين سمعياً إلى تحقيق الأهداف التربوية العامة التالية:

1. تحقيق مهارات لغوية كافية.
2. تحقيق الصحة النفسية.
3. تحقيق التواصل والكلام المفهوم.
4. تحقيق التواصل السهل مع الأقران.

تعريف الإعاقة السمعية Definition of Hearing Impairment:



لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة فعلى سبيل المثال يهتم الأطباء والعاملون في مجال القانون على درجة الفقدان السمعي وذلك من أجل التمييز بين ضعاف السمع والمصابين بالصمم الكامل بينما يهتم التربويون بالمضامين التربوية والآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل.

يعرف كل من يسلديك وألجوزين (Ysseldyke & Algozzine,1995) الإعاقة السمعية بأنها "قصور في السمع بصفة دائمة أو غير مستقرة، إذ تؤثر بشكل سلبي على الأداء التعليمي للفرد".

ويعرف القريوتي (2006) الإعاقة السمعية بأنها "خلل في الجهاز السمعي عند الفرد مما يحد من قيامه بوظائفه، أو يقلل من قدرته على سماع الأصوات ؛ مما يجعل الكلام المنطوق غير مفهوم لديه".

الضعف السمعي: (Hard Of Hearing): يعرف القريطي (2001) ضعاف السمع بأنهم "أولئك الذين لديهم قصور سمعي أو لديهم بقايا سمعية، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام معينات سمعية أو دونها ".

الصمم: (Deafness): يعرف سميث (Smith,2004) الشخص الأصم بأنه الشخص غير القادر على سماع الأصوات وإدراكها في البيئة المحيطة سواء باستخدام المعينات الطبية أو دونها، كما أنه غير قادر على استخدام السمع كطريقة أولية في اكتساب المعلومات من البيئة.

هذا ويميز المهتمين والباحثين بين تعريف الإعاقة السمعية من الناحيتين التربوية والوظيفية وذلك لغايات التعامل وتقديم الخدمة لهذه الفئة من الأفراد وفيما يلي توضيح للتعريفين الوظيفي والتربوي للإعاقة السمعية:

1. التعريف التربوي: الطفل الأصم هو الطفل الذي تمنعه إعاقته السمعية من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعة الطبية أو دونها.
2. التعريف الوظيفي: يعتمد على مدى تأثير الفقدان السمعي على إدراك وفهم اللغة المنطوقة فالإعاقة السمعية هنا تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي واللفظي.

شيوع الإعاقة السمعية:

تعد الإعاقة السمعية مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى قليلة الحدوث نسبياً حيث تشير ليرنر أن نسبة انتشار حالات الإعاقات (السمعية والبصرية والحركية) مجتمعين مقارنة مع حالات التربية الخاصة الأخرى تبلغ (8.8٪) (Lerner,2000).

كذلك فإن الدراسات في الدول الغربية تشير إلى أن (5٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية، وأن هذه المشكلات لا تصل إلى مستوى الإعاقة، أما بالنسبة إلى مستوى الضعف السمعي الذي يصل إلى حد الإعاقة السمعية فيقدر نسبته بحوالي (0.5٪).

تصنيف الإعاقة السمعية:

هنالك العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية تبعاً للعديد من العوامل أهمها:

أولاً: التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة

يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي ويقسم إلى ما يلي:

1. الفقدان السمعي التوصيلي **Conductive Hearing Loss**: وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسبل، ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع

الأصوات المرتفعة وتمييزها، إن استخدام السماعات في مثل هذا النوع يفيد في مساعدة الأفراد على استعادة بعض قدراتهم السمعية.

2. الفقدان السمعي الحسي العصبي Sensorineural Hearing Loss: وينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، تكمن المشكلة في هذا النوع من أن موجات الصوت إلى الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ، وعادة فإن درجة الفقدان السمعي في هذا النوع تزيد عن (70) ديسبل.

ويعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من الفقدان السمعي من صعوبة في فهم الأصوات، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على سماعها، وإلى اضطراب نغمات الصوت وازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي، وعادة ما يتكلم الفرد بصوت مرتفع ليسمع نفسه، إن استخدام السماعات في هذا النوع قليل الفائدة.

3. الفقدان السمعي المختلط Mixed Hearing Loss: يسمى الفقدان السمعي بالمختلط إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمعي توصيلي وفقدان سمعي حسي عصبي في الوقت نفسه، في مثل هذا النوع من الفقدان قد تكون هناك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية، لذلك فالسماعات قد تكون مفيدة لهم.

4. الفقدان السمعي المركزي Central Hearing Loss: ينتج الفقدان السمعي المركزي في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ أو عند إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، وفي هذه الحالة فإن السماعات تكون محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من هذا الفقدان السمعي.

ثانياً: التصنيف حسب العمر التي حدثت فيه الإعاقة السمعية

يعتبر العمر الذي حدثت فيه الإعاقة مهماً من حيث الأثر الذي تتركه الإعاقة السمعية على نمو واكتساب اللغة والتعرض لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة، من هنا تقسم الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف إلى:

1. صمم ما قبل تعلّم اللغة Prelingual Deafness: وهو حدوث الإعاقة السمعية في عمر مبكر وقبل أن يكتسب الطفل اللغة سواء كانت الإعاقة ولادية أي منذ الولادة أو مكتسبة، وفي هذا النوع من الصمم لا يستطيع الطفل أن يكتسب اللغة أو الكلام بطريقة طبيعية
2. صمم ما بعد تعلم اللغة Postingual Deafness: ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة.

ثالثاً: التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي

وتصنف الإعاقة السمعية حسب هذا البعد إلى أربع فئات بحسب شدة الفقدان السمعي (حسب درجة الخسارة السمعية) والتي تقاس بوحدة الديسبل (Decible) هي:

1. فئة الإعاقة السمعية البسيطة Mild Hearing Impaired: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (20 ـ 40) وحدة ديسبل (20 ـ 40 dB Loss).
2. فئة الإعاقة السمعية المتوسطة Moderately Hearing Impaired: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (40 ـ 70) وحدة ديسبل (40 ـ 70 dB Loss).
3. فئة الإعاقة السمعية الشديدة Severely Hearing Impaired: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (70 ـ 90) وحدة ديسبل (70 ـ 90 dB Loss).

4. فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً Profoundly Hearing Impaired:
وتزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة عن (92) وحدة ديسبل (92 dB Loss) (القمش، 2000؛ الروسان، 2001).

خصائص المعوقين سمعياً:

من البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم وفقدان السمع والقدرة اللغوية لدى الفرد الأصم الأبكم على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية والاجتماعية... إلخ، وفيما يلي توضيح لتلك المظاهر:

أولاً: الخصائص اللغوية

من الطبيعي أن يتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً فهو يعتبر من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية ولا عجب في ذلك، حيث إن الصعوبة في جوانب النمو اللغوي، وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعوقين سمعياً، وترجع إلى غياب التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة، إن الطفل السامع عندما يقوم بالمناغاة، فإنه يسمع صوته، وهذا يشكل له تغذية راجعة فيستمر بالمناغاة، في حين أن الطفل الأصم، لا يسمع مناغاته، وبالتالي يتوقف عنها ولا تتطور لديه اللغة بعد ذلك، كما أن الطفل الأصم على الأغلب لا يحصل على استثارات سمعية كافية أو على تغذية راجعة، أو تعزيز من قبل الراشدين لتوقعاتهم السلبية من الطفل الأصم، وبالتالي فإن الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغوي مناسب يقوم بتقليده.

ويعتبر العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية من العوامل الحاسمة في تحديد درجة التأخر في النمو اللغوي، فالأطفال الذين يصابون بالإعاقة السمعية منذ الولادة وقبل اكتساب اللغة، يواجهون عجزاً في تطور اللغة منذ الطفولة المبكرة رغم أنهم يصدرون أصواتاً ويقومون بالمناغاة كباقي أقرانهم من الأطفال السامعين.

ثانياً: الخصائص العقلية (المعرفية)

يقصد بها هل تؤثر الإعاقة السمعية على القدرة العقلية للفرد المعوق سمعياً؟، تجدر الإشارة إلى أن اختبارات الذكاء بوصفها الحالي والمشبعة بالناحية اللفظية لا تقيس قدرات الصم العقلية الحقيقية، وهذا وتشير معظم الدراسات أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد، إذ أشارت الدراسات إلى أن المعوقين سمعياً قادرون على التعلم والتفكير التجريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية (Hallahan & Kauffman, 1994).

ثالثاً: الخصائص التربوية

من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم، لذلك فإن الانخفاض الواضح في التحصيل الأكاديمي لديه يمكن تفسيره بعدد من العوامل أهمها:

1. عدم ملاءمة المناهج الدراسية لهم حيث إنها مصممة بالأصل للأفراد السامعين.
2. انخفاض الدافعية للتعلم في الغالب لديهم نتيجة ظروفهم النفسية الناجمة عن وجود الإعاقة السمعية.
3. عدم ملاءمة طرائق (أساليب) التدريس لحاجاتهم، فهم بحاجة لأساليب تدريس فعالة تتناسب وظروفهم (Ysseldyke & Algozzine, 1990).

رابعاً: الخصائص الاجتماعية والانفعالية

يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، فهم يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة من الأفراد، ويميلون إلى إقامة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو اثنين، لذلك فهم يميلون إلى العزلة كذلك يعانون من بطء في النضج الاجتماعي مقارنةً بأقرانهم السامعين وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأفراد (Kirk & Gallaugher, 1989).

الإعاقة السمعية والتعليم:

يعتبر تعليم الفرد عنصراً من العناصر الأساسية التي تعكس ملامح التطور في أي بلد كان، وبفضل العلم والتعلم تغيرت كثير من الأمور الحياتية وأصبح الإنسان المعاصر ينعم بكثير من الامتيازات والراحة والرفاهية والتي وفرتها له التكنولوجيا الحديثة، وصار بمقدوره أن يتصل بكافة أنحاء العالم بسهولة ويسر، ويحصل على المعلومة التي يريدها عبر وسائل الاتصال المتاحة، لهذا يجب أن ينظر إلى تعليم المعاق سمعياً بأنه خدمة واستثمار في الوقت ذاته، فهو خدمة واجبة الأداء لكل فرد معوق سمعياً كحق من حقوق الإنسان وهو استثمار وفي أغلى ما تستثمر فيه دولة مواردها وقدرتها ألا وهو الإنسان، لذا وجب علينا الاتجاه إلى تطوير سياسة تعليم ذوي الإعاقة السمعية ليس تطويراً أفقياً في الكم والعدد ولكن تطويراً رأسياً في المحتوى والكيف.

يذكر الجوالده والقمش (2012) أنه نتيجة للتقنيات الحديثة ظهرت الكثير من البرامج والأجهزة التي تيسر سبل التعليم للمعوقين بشكل أكثر سهولة وأكثر قبولاً، وقد يعزى ذلك لعدم الحاجة للتواصل معهم بجميع طرق التواصل الإنسانية البصر والسمع والكلام والحركة، بل يكتفى بواحدة أو اثنتين من هذه الطرق نظراً لوجود الإعاقة، فعن طريق التعلم الإلكتروني تم تصميم وتأليف مقررات إلكترونية تناسب الإعاقة بتبايناتها.

والمهتم بشؤون الأفراد ذوي الإعاقة يلاحظ أن هناك خللاً وثغرات في المناهج الحالية، فهناك خلل واضح بين الأهداف والمحتوى؛ **فالأهداف** تتحدث على وضع منهج خاص تعليمي وتدريبي متنوع يتفق وطبيعة الإعاقة ويلائم هذه الفئة، التي تسعى كل الجهود من أجل تحقيق النمو السوي لجميع جوانب شخصية المعاق سمعياً، وزرع الثقة في نفسه وجعله يتقبل إعاقته، وتنمية مهارات التواصل بينه وبقية أفراد المجتمع، والتأكيد على المكانة الاجتماعية بصفته فرداً في المجتمع له من الحقوق ما لغيره وعليه من الواجبات ما تمكنه قدراته، بالإضافة إلى العمل على مساعدته للتكيف

والاندماج في المجتمع، وتنمية المهارات المعرفية المختلفة لديه مثل إتقان الكتابة والتعبير واللغة والمهارات الحركية.

أما المحتوى فهو مأخوذ من التعليم العام، يتم التدريس هذا المنهج في فصول عادية بوسائل عادية للأفراد ذوي الإعاقة السمعية مع صرف معينات سمعية تلائم قوة السمع بعد التشخيص الدقيق للأفراد، كما أن بعض المعاهد تتوافر فيها فصول سمع جماعية وأجهزة تدريب نطق خاصة، أما البرامج الملحقة بمدراس التعليم العام فلا تتوافر فيها الأجهزة والوسائل السمعية، والثغرة الثانية الموجودة بين عناصر المنهج أن أغلب الوسائل هي وسائل عادية فهي إما ورقية باجتهاد المعلمين أو وسائل تقليدية مثل البروجكتر والأوفرهد، أما الوسائل السمعية فهي قليلة جداً وفي المعاهد القديمة ولا نجد أثراً للأجهزة الحديثة والتي خصصت للمعاقين سمعياً، وتعتبر الأجهزة السمعية والوسائل التعليمية هي طاقة التنوير التي تنفذ عن طريقها المعلومات والمهارات إلى ذهن المعاق سمعياً فإذا انقطعت أو أصابها عطب ضلت المعلومات طريقها، واتضحت الفجوة بين أداء المعلم واستجابة الطالب، خاصة وأنه لا توجد دورات مستمرة أو مكثفة للمعلمين للاطلاع على أحدث الطرق في تعليم المعاقين سمعياً خاصة أن نسبة كبيرة من المعلمين في المعاهد والبرامج هم معلمون محولون من التعليم العام وغير متخصصين في تدريس هذه الفئة.

وتذكر كلارك (Clark, 2003) أن ارتفاع نسبه الأمية بين الصم الكبار وخاصةً الإناث منهم يعود لأسباب كثيرة منها الظروف الأسرية للأصم أو عدم وجود مدرسة متخصصة في منطقته.... إلخ.

ولقد أثبتت الدراسات وتجارب الآخرين بأن الصم يستطيعون مواصلة دراستهم الجامعية إذا ما هيئت لهم الظروف المناسبة، ونعود ونقول إن لغة التفاهم هي أهم عوائق الأصم على حين أن التعليم هو منفذه، أما بالنسبة لوضع الخدمات التربوية الخاصة للأشخاص المعوقين سمعياً في البلاد العربية نلاحظ أن هناك تطوراً ملحوظاً قد حدث في السنوات الأخيرة إلا أن هذا التطور لم يرتقِ لمستوى طموح هذه الفئة في التحصيل

العلمي، وما زال صوتهم غير مسموع ولسان حالهم لم يستطع شرح متطلباتهم، ونحن بحاجة للوقوف مع النفس من متخصصين وتربويين وواضعي السياسات التربوية لتقييم المناهج المقدمة للصم.

صعوبات رعاية المعوقين سمعياً:

- الافتقار إلى التعاون بين الجهات الرسمية وغير الرسمية التي تقدم الخدمات والبرامج التربوية والتأهيلية، فليس هناك آلية فاعلة لتنسيق الخدمات وتكافلها والحيلولة دون حدوث الازدواجية والتدخل.
- غياب المفاهيم والأسس الفلسفية الموحدة المتفق عليها والتي من شأنها توجيه الجهود المبذولة نحو تحقيق أهداف محدودة.
- وجود هوة واسعة بين البرامج التربوية والبرامج التدريبية المهنية فبوجه عام ينصب الاهتمام حالياً على تعليم المعوقين سمعياً صغار السن في حين أن الأشخاص الأكبر سناً لا تتوافر لهم الخدمات والبرامج التربوية.
- عدم وجود جهات أو دوائر رسمية تقوم بإصدار الرخص أو إجازات العمل وبالتالي عدم وجود آلية للتحقق من الميدان لا يعمل فيه غير المؤهلين وعدم وجود آلية لتحقيق المساءلة.
- وجود نقص هائل على صعيد بعض المهن المساندة لعمليتي التربية الخاصة والتأهيل مثل العلاج النطقي، أو التربية الرياضية.

وتوجد نسبة أمية لا بأس بها بين الصم الكبار وتتركز بين الفتيات الصم ونقصد هنا بالأمية الأفراد الذين لا يجيدون القراءة والكتابة مع العلم بأن الغالبية العظمى من الصم العربي لا يتقنون سوى القراءة والكتابة دون فهم الكثير من الكلمات وذلك لعدم فهمهم معانيها أو عدم توافر الصور الدماغية بمخيلتهم.

ومن الأسباب المؤدية لارتفاع نسبة الأمية عند الصم الكبار تمركز المعاهد والمدارس الخاصة بالصم في المدن الرئيسة مما حرم الصم الذين يقطنون في المناطق البعيدة من فرص التعليم المتاحة، وتزداد هذه المشكلة عند الفتيات ومن المؤسف

الإشارة أن التمايز يظهر بشكل جلي بين نساء الحضر ونساء الريف في مستوى التعليم والتدريب مما أوجد هوة واضحة بين تعليم الفتيان والفتيات لأن الفتيات يواجهن صعوبة الخروج من البيت وقيود العادات والتقاليد وخوف الأهالي المبرر في بعض الأحيان.

المقومات الأساسية لبرنامج المعوقين سمعياً:

ينبغي للمسؤولين عند وضع وتصميم برامج التدخل المبكر الملائمة لصغار الأطفال الصم الذين لم يبلغوا بعدُ سن المدرسة، العمل على أن تهدف هذه البرامج بصفة أساسية إلى تسهيل نموهم اللغوي وبناء وتأسيس وتطوير مهاراتهم اللغوية والتواصلية. ولكي نضمن لهذه البرامج فرصة النجاح في تحقيق هذا الهدف فإنها ينبغي أن تقوم على المقومات الرئيسة التالية:

- إتاحة بعض الاستراتيجيات التي يمكن للمسؤولين الاختيار من بينها لتقديم الخدمات الإرشادية والتربوية والتدريبية للصغار الصم وآبائهم.
- إرشاد الآباء وتوعيتهم بأهمية الكشف المبكر عن أطفالهم المعوقين سمعياً والصعوبات التي قد تعترضهم في سبيل هذا الكشف.
- إرشاد الآباء وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل.
- تقديم الإرشاد النفسي والعلاجي للآباء الذين قد يحملون إلى البرنامج مشاعر سلبية أو مَرَضيّة ناجمة عن ابتلاء أحد أفراد أسرهم بكارثة الصمم، والتي قد تؤثر على تعاملهم بفعالية مع أطفالهم.
- اختيار المدرسين الأكفاء الذين تلقوا تدريباً وإعداداً جيداً للعمل في هذا البرنامج.
- وضْع خطة لتدريب هؤلاء الصغار على التواصل في المنزل مع أسرهم وذويهم، وبناء منهاج لتنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل قائم على أساس من مبادئ

النمـو اللغـوي العـادي وأسـسه، وفي إطـار مـن الأوضـاع والخـبرات المنزليـة والأسرية الطبيعية التي ينمو في ظلها الأطفال العاديون.

- إتاحـة عـدد مـن الطـرق والبـدائل التواصـلية التربويـة الـتي يمكـن للمعلمـين والآبـاء الاختيـار مـن بينهـا بمـا يلائـم خـصائص واحتياجـات وإمكانـات كـل طفل من أطفالهم.
- تزويد كل طفل مشترك في البرنامج بمعين سمعي ملائم يكفل له تكبير الصوت وتضخيمه (الصفدي، 2003).

وفيما يلي سوف نتناول بالإيضاح والتفصيل كل مقَوِّم من هذه المقومات:

المقوِّم الأول: في نطاق هـذه المقومـات عمومـاً، ولكـي يـتم لبرنـامج التـدخل المبكـر تحقيق أقصى قدر ممكن من النجاح في مساعدة صغار الأطفال الصم على تنمية مهارات اللغـة والتواصـل في الـسنوات المبكـرة مـن عمـرهم فـإن المختـصين في إعـداده وتـصميمه (Streng et al.,1978) قد اقترحوا عدداً من الأُطُر والبـدائل الاسـتراتيجية مثـل "المـدرس الزائـر Visiting Teacher" و"الوضـع المنزلـي المدرسـي House Setting – School"، والـتي يمكـن كـذلك لكـل ثقافـة مـن الثقافـات المختلفـة الاختيـار مـن بينهـا بمـا يلائـم إمكاناتهـا وتطلعاتهـا ومنظوماتهـا الخاصـة مـن القـيم الدينيـة والاجتماعيـة والثقافيـة والتربوية.

المقوم الثاني: يتطلَّب الإسراع العاجل في مساعدة صغار الأطفال المعوقين سمعياً على تنمية مهارات اللغة والتواصل، وضرورة تبصير آبائهم بأهمية التعرف المبكـر علـى الفقدان السمعي لدى هؤلاء الصغار واكتشافه في وقت مبكـر قبل أن تستفحل خطـورة الآثار المترتبة عليه.

وفي أول مـرة يلتقـي فيهـا الآبـاء بالمختصين العـاملين في البرنـامج ينبغـي إرشـادهم وتوجيههم إلى أن الكشف المبكـر عن إعاقة الطفل الأصم وتشخيصها ومعالجتها طبّياً – إن أمكـن – يعـدّ الخطـوة الجوهريـة الأولى لتهيئـة أفـضل الظـروف الممكنـة للتـدخل المبكـر لتنمية مهاراته اللغوية والتواصلية.

إذ ينبغي إرشادهم إلى أن الطفل الوليد عندما لا يستجيب للأصوات العالية ولا يبدي قدرة على الكلام في الوقت المناسب فإن مَن حولَه ينزعون عادة إلى استنتاج أن هنالك أمراً غير عادي يحدث مع هذا الطفل، غير أن معظم الرُّضَّع من الأطفال الصم لا يكادون يقِلُّون عن أقرانهم من الأطفال العاديين في التنبه والاستجابة لآبائهم وأمهاتهم وأشقّائهم، حيث تعوضهم حاستا البصر واللمس وأحاسيس ومشاعر أخرى عما يعانونه من عجز عن السمع، مما يعني أن الآباء والأمهات لا يكتشفون بسهولة أن أطفالهم يعانون من مشكلة في حاسة السمع (الدماطي، 2004).

وحتى إذا عُرِض الطفل الرضيع على أرباب التشخيص المختصين في قياس السمع واختباره فإنه من المحتمل ألا يدركوا أنه طفل أصم، لأنه يستخدم سائر حواسه ويستجيب للضوضاء المنبعثة من حوله باستجابات سلوكية لا تختلف عن سلوك أقرانه من الصغار العاديين المتمتعين بسمع سليم.

المقوم الثالث: ويشمل هذا المقوم إرشاد الآباء المنضمين للبرنامج وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل.

وفي لقاءاتهما الأولى بالعاملين في البرنامج فإن أول ما يتبادر إلى ذهن الوالدين بعد أن يتحققا من أن طفلهما أصم هو ما إذا كان سيتعلم الكلام أم لا، ولذلك فإن السؤال الأول الذي يطرحانه عادة هو "هل سيتكلم طفلي؟" ونظراً إلى أنه من الصعب دائماً أن نعرف كيف سيتم للطفل الأصم اكتساب مهارات الكلام فإنه ينبغي للعاملين في برامج التدخل المبكر أن يتوخُّوا جانب الحيطة والحذر من إعطاء جواب قاطع عن هذا السؤال، وأن يستعيضوا عن ذلك بتركيز اهتمام الوالدين على ما يمكنهما عمله من أجل مساعدة طفلهم على النمو نفسياً ولغوياً وتواصلياً واجتماعياً في المستقبل القريب.

ويوصي المختصون بألا يكون دور الآباء والأمهات في هذا البرنامج التدريبي نسخة شبيهة بدور المعلمين العاملين فيه، والذين يستخدمون أنشطة ومواد ووسائل قد

تكون غريبة نوعاً ما عن البيئة المنزلية الطبيعية لمدة ساعة واحدة أو نصف ساعة يومياً فعلى النقيض من ذلك ينبغي تشجيع الآباء على القيام باستمرار بممارسة أنشطة تواصلية طبيعية تستثير في أطفالهم تعلم اللغة والتواصل.

المقوم الرابع: أما المقوم الرابع من مقومات برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى الأطفال الصم فهو يتعلق بتقديم الإرشاد النفسي والعلاجي لمن يحتاجه من الآباء بما يضمن تكوين اتجاه إيجابي سليم نحو أطفالهم الصغار المعوقين سمعياً، وبما يساعدهم على التخلص من اتجاهاتهم السلبية أو مشاعرهم المَرَضيّة الناجمة عن ابتلاء أحد أفراد أسرهم بكارثة الصمم، وعلى الرغم من أن هذا الجانب الإرشادي العلاجي من برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل غير معهود في نظمنا التربوية الخاصة، وعلى الرغم كذلك مما يستلزمه هذا الجانب من تكاليف باهظة وجهود متخصصة إلا أنه ينبغي للمسؤولين عن برامج تربية المعوقين سمعياً الاقتناع بأن الثمار المرجوّة من ورائه تفوق إلى حد كبير تلك التكاليف والجهود اللازمة لتقديمه، خاصة وأنه يسهم في التعامل بفعالية مع المرحلة المبكرة من حياة الطفل الأصم والتي تعتبر أخصب الفترات وأثمنها لمعالجة مشكلاته في اللغة والتواصل (الشناوي، 1998).

ومن المهم أن يبدي أعضاء الفريق العامل في البرنامج اهتماماً لا بوالدي الطفل الأصم فقط، بل وأن يهتموا كذلك بأفراد أسرته بأكملها بحيث يشمل ذلك أشقّاء الطفل وأقاربه وأعضاء أسرته الممتدة كأجداده وجداته وغيرهم.

المقوم الخامس: ويتعلق بتعريف الآباء بالخطط والاستراتيجيات الكفيلة بتشجيع أطفالهم على اكتساب مهارات اللغة والتواصل وتعلمها.

فعندما ينضم الآباء إلى هذا البرنامج فإنه يجدر بالعاملين فيه تقديم تعليمات لهم فور انضمامهم فيما يتعلق بالأنشطة التي هم على وشك القيام بها مع أطفالهم لمساعدتهم على تعلم التواصل واكتساب مهارات اللغة. وينبغي تقديم تلك التعليمات بشكل عاجل لكلا الوالدين مصحوبة بإرشادهما وتوجيههما، وبطرق مختلفة تضمن

لهما بعض النجاح، ويعتبر تعليم الوالدين وإرشادهما بصفة فردية في بداية البرنامج من أكثر الطرق فعالية وتدعيماً لنجاحه، ومع مرور الوقت وشعور الوالدين بألفة كافية وارتياح أكثر للفعاليات والأنشطة التي يتضمنها البرنامج فإنه ينبغي السماح لهما بالانضمام إلى الأنشطة الجماعية التي يقوم بها من سبقوهما إليها من آباء وأمهات (Northcott,1977).

المقوم السادس: أما المقوم السادس من مقومات برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى بالغي الصغر من الأطفال الصم فهو يتعلق بنوعية المدرسين الذين يعملون في هذا البرنامج من حيث إعدادهم وتدريبهم المهني، ذلك أنه من الضروري لكل من يعتزم العمل فيه ـ أو بالأحرى في أية مرحلة من مراحل تربية وتعليم الأطفال الصم ـ أن يكون قد تم إعداده وتدريبه بشكل مكثف للعمل مع الصغار من هؤلاء الأطفال، وأن يكون كذلك قد تلقى تعليماً وتدريباً ملائمين، ولديه معرفة كافية بأسس ومظاهر النمو في اللغة والكلام لدى الأطفال العاديين بوصفها الأساس الذي ينبني عليه المضمون التطبيقي لبرامج تنمية لغة الأطفال الصم وتسهيل اكتسابهم لها، إذ لم يعد من الممكن لأي مدرس أن يعمل مع أية فئة من الأطفال الذين أعيقت لغتهم عن النمو وهو غير مُلِمٍّ على الإطلاق بشيء من أسس نمو اللغة واكتسابها لدى الأطفال العاديين، أو أن يكون قد ألمَّ فقط بالحد الأدنى من المعرفة بهذه الأسس مما يعد في نظر المربين المختصين إلماماً سطحياً لا يكفي لتأهيله للعمل في هذا البرنامج (Streng et al.,1985).

المقوم السابع: أما فيما يتعلق بالمقوم السابع لبرنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار المعوقين سمعياً فإنه يتركز في ضرورة إتاحة عدد من طرق التواصل والاختبارات والبدائل التعليمية (التربوية) التي يمكن للمعلمين والآباء الاختيار من بينها بما يتلاءم مع خصائص واحتياجات وإمكانات كل طفل أصم على حدة، وتجدر الإشارة إلى أنه لم يعد أحد من المختصين في تربية الصم يؤمن بما كان شائعاً في الماضي من تزويد كل الأطفال الصم بخبرات تربوية واحدة أو بمنهج تعليمي موحَّد يسير عليه الجميع مهما كانت الفروق بينهم، كما لم يعد مقبولاً أن نستخدم

في تدريبهم وتعليمهم جميعاً طريقة تواصل واحدة فقط (Modality Communication) (كلغة الإشارة وحدها) دون غيرها من طرق التواصل، إذ إن هذا الاتجاه يتعارض تماماً مع مفهوم التعليم الفردي (Individualization of Instruction)، كما يتعارض مع مبدأ التطبيع الاجتماعي (Social Naturalization) الذي يعتبر الهدف الأسمى لكل البرامج المهتمة بذوي الحاجات الخاصة.

لذلك يجب أن يوفر للعاملين فيه وأولياء الأمور المنضمين إليه إمكانية تحقيق هذا الهدف عن طريق طرح بدائل عديدة من طرق التواصل (Modalities Communication) سواء أكانت هذه البدائل لفظية شفهية، أم يدوية إشارية، أم تواصلاً كلياً.

المقوم الثامن: أما المقوم الثامن والأخير من مقومات إنشاء أي برنامج تدخُّل مبكر لبناء وتأسيس وتنمية مهارات اللغة والتواصل فهو تدريب صغار المعوقين سمعياً على استخدام المعينات السمعية بشكل مطّرد وثابت، والإفادة منها في بناء وتنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل، إذ ينبغي أن تتوافر في هذا البرنامج منظومة كاملة من الخدمات الأيديولوجية (السمعية) بحيث تتضمن الخدمات التالية:

- تقييم دقيق لقدرات الطفل وأدائه السمعي وما يتوافر لديه من بقايا سمعية، وتشخيص واع لطبيعة قصوره السمعي.
- استعدادات وأجهزة خاصة لقياس الأداء السمعي للطفل بشكل دوري بعد أن يتم تزويده بمعين سمعي (Hearing Aid) (سماعة).
- تسهيلات وأجهزة خاصة لتقدير فعالية المعين السمعي (السماعة) الذي زُوِّد به الطفل وتقييم أدائه الوظيفي تقييماً إلكترونياً.
- متابعة تعليمية أيديولوجية مستمرة.

وتجدر الإشارة إلى أن التقييم السمعي الأدق والأفضل، بل واختيار المعين السمعي الأكثر تلاؤماً مع درجة قصور السمع وطبيعته قد لا يجديان الطفل أي نفع أو فائدة ما لم يتعاون المدرس والوالد معاً على تطبيع الطفل على الاستفادة بأقصى ما يمكنه من معينه المكبر للصوت؛ إذ من المعلوم أن مجرد تأكد المعلم أو الوالدين من أن الطفل

يرتدي سمّاعته (معينه السمعي) في صباح كل يوم قبل أن يغادر منزله للذهاب إلى البرنامج (أو المدرسة) وبعد وصوله إليه لا يعني أنه يستخدمها بشكل فعال في استثمار بقاياه السمعية والإفادة منها في تنمية مهاراته اللغوية وبخاصة مهارات الاستماع أو قراءة الشفاه (الدماطي، 2004).

مهارات التواصل الواجب إتقانها من قبل المعوقين سمعياً:

هنالك العديد من مهارات التواصل الواجب على المعوق سمعياً إتقانها لكي يتمكن من التفاعل مع التدخلات التأهيلية والتربوية المعدة له، وفيما يلي شرح موجز لكل من هذه المهارات:

أولاً: مهارة التدريب السمعي Auditory Training Skill

ويقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية لدى الأفراد المعاقين سمعياً باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصةً الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة التي تهدف إلى ثلاثة أهداف هي:

- تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

هذا وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت درجة الإعاقة السمعية لذلك يتم التركيز على هذه الطريقة للأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة بشكل أساسي.

ولكي تكون برامج التدريب السمعي فعّالة فلا بد من توافر **مجموعة من العوامل أهمها:**

1. الاستعانة بشكل أساسي بحاستي اللمس والبصر.

2. أن تعتمد على القدرات السمعية المتبقية للطفل.
3. البدء بالتدريب مباشرة بعد كشف الإعاقة السمعية لدى الطفل (Hallahan & Kauffman, 1994).

ثانياً: مهارة التواصل اللفظي Oral Communication Skill

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد المعوقين سمعياً استخدام الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام من خلال الإيماءات والدلالات من حركة شفاه المتكلم، ولا يتم التواصل اللفظي بطريقة فعالة إلاّ من خلال استثمار البقايا السمعية وباستخدام التدريب السمعي وقراءة الشفاه والكلام.

إن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد المعوق سمعياً من التواصل مع أقرانه السامعين على العكس من لغة الإشارة التي تسهم في عزله.

ثالثاً: مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه / لغة قراءة الكلام

Speech Reading Skill / Lip Reading Skill

تتضمن هذه المهارة تدريب وتعليم الأفراد المعوقين سمعياً على ملاحظة حركات الشفاه ومخارج الأصوات، بالإضافة إلى تدريب البقايا السمعية وذلك من أجل فهم الكلام، وبمعنى آخر تعتبر هذه الطريقة أو المهارة هي تفسير بصري للتواصل الكلامي وهناك طريقتان لهذه المهارة هي:

1. **الطريقة التحليلية:** وفيها يركز المعاق سمعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.
2. **الطريقة التركيبية:** وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه لا يوجد أفضلية لطريقة على أخرى إنما نجاح أي طريقة يعتمد على عدد من الأمور أهمها:

1. مدى فهم الفرد المعوق سمعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام.

2. مدى سرعة المتحدث.
3. مدى ألفة موضوع الحديث للفرد المعوق سمعياً.
4. مدى مواجهة المتحدث للفرد المعوق سمعياً.
5. وأخيراً القدرة العقلية للفرد المعوق سمعياً.

وعلى الرغم من فاعلية هذه الطريقة (قراءة الكلام) في تنمية مهارة التواصل لدى الأفراد المعوقين سمعياً إلا أنها تعاني من مشاكل رئيسة أهمها:

1. بعض الأصوات متشابهة في النطق وبالتالي يصعب تمييزها من خلال النظر إلى الشفتين.
2. بعض الكلمات هي حلقية وغير مرئية مقارنة بالكلمات التي تتضمن أحرفاً شفوية مما يجعل من الصعب قراءتها (Giolas, 1994).

رابعاً: مهارة لغة الإشارة والأصابع / التواصل اليدوي

Manual Communication / Sign Language Skill

تعرف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، وتقسم إلى لغة الإشارة الكلية Sign Language والأبجدية الإشارية أو أبجدية الأصابع Finger Spelling.

ولإجراء الإشارة الكلية، يتم استخدام إشارة محددة متعارف عليها في مجتمع الأفراد الصم، باستخدام يد واحدة أو كلتا اليدين، وتكتسب الإشارة أهميتها بعد شيوع استعمالها، وربما يتم توثيقها من قبل المختصين في تربية المعوقين سمعياً واستخدامها في التعليم على مستوى واسع.

أما بالنسبة لأبجدية الأصابع، فتشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الهجائية المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً وهذه الطريقة تستخدم مع الأفراد المعوقين سمعياً المتعلمين، والذين يستطيعون القراءة والكتابة، وتستخدم كطريقة مساندة مع الأفراد الذين لا يعرفون إشارة معينة.

تعتبر لغة الإشارة من وجهة نظر المؤيدين والمتحمسين لها، هي اللغة الأم للأفراد الصم، وأن هناك ما يبرّر أن يتعلمها الأفراد السامعون بغية استخدامها في عملية التواصل مع الأفراد المعوقين سمعياً.

ومع أن هناك تشابهاً في الإشارات بين المجتمعات المختلفة، إلا أن الإشارات تختلف من مجتمع إلى آخر. إن التطور الكبير في استخدام الإشارات واستحداث الجديد منها من قبل المختصين، أدى إلى توثيق هذه الإشارة، وإدخال التحسينات عليها من خلال قواميس ومعاجم خاصة بلغة الإشارة ساهمت في تبادل المعلومات والخبرات بين المختصين في مجال تعليم الأفراد الصم.

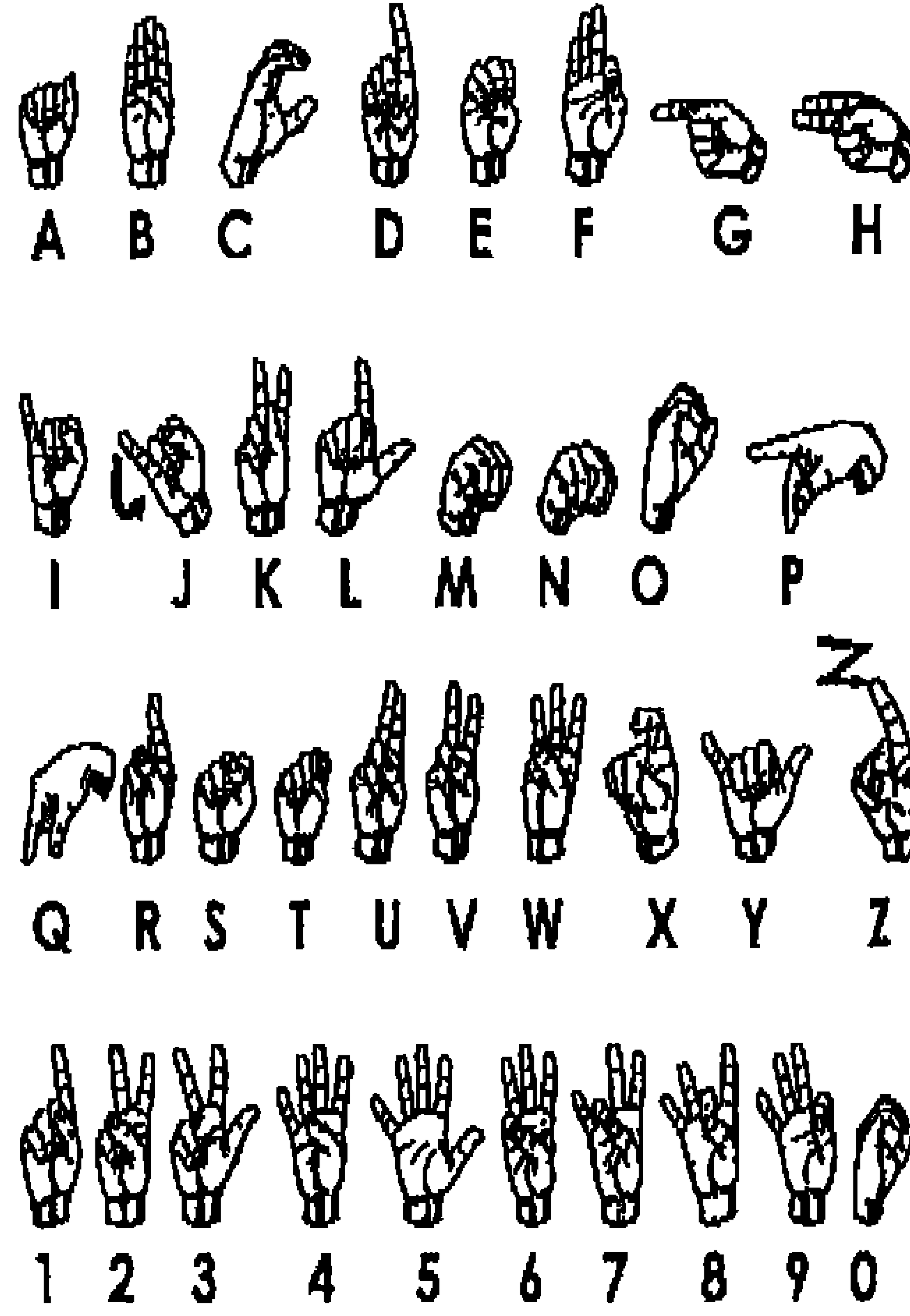
هذا وتجدر الإشارة أنه من السهل تعلم لغة الأصابع حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة، بلغة الأصابع، ومع ذلك يمكن الجمع بين لغة الإشارة والأصابع معاً لتكوين جملة مفيدة ذات معنى.

ويمثل الشكل رقم (3/1) والشكل رقم (3/2) نماذج من مشاريع الأبجدية والأرقام الإشارية العربية والأجنبية.



شكل (3/1)

الأبجدية اليدوية الإرشادية العربية



شكل (3/2)

الأبجدية والأرقام اليدوية الإرشادية الأجنبية

تعريف مترجم لغة الإشارة:

المترجم هو الشخص الذي يقوم بنقل نص من لغة لأخرى وذلك من خلال المحافظة القصوى على مضمون النص يشمل مفهومه وإيحاءات النص، كما تعني أيضاً ما يحمله النص من رموز ثقافية في لغة الأصل، والمحافظة على جمالية النص تشمل المفاهيم المألوفة لدى المتلقي فإن بقي النص غريباً ومبهماً فإنه لن يروق للمتلقي ولن يجد فيه جمالاً ومتعة.

ويرى المؤلفان أن هنالك عدداً من المهارات والخصائص الواجب إتقانها من قبل مترجم لغة الإشارة نذكر منها ما يلي:

- الأمانة والصدق في ترجمة الإشارة.
- معرفة قواعد اللغة المصدر ومفرداتها وفهمه العام لمعنى النص المراد ترجمته.
- القدرة على إعادة صياغة النص الأصلي في لغة أخرى.

- اشتمال النص المترجم على أسلوب وروح النص الأصلي بما فيه من سلاسة في الصياغة وأصالة في البناء.
- التفكير بطريقة الأصم و ليس بطريقته.
- سرعة البديهة.
- عدم التشتت في نقل الفكرة الرئيسة.
- تقديم بيانات ومعلومات تساعد الصم على فهم محتوى الموضوع
- تجنب جعل الأصم يعتمد عليه في القراءة والفهم اعتماداً كلياً.
- تعزيز قدرة الأصم على القراءة ذاتياً مع المساعدة قليلا من قبل المترجم.
- التذكر دائماً أن الأصم في حديثه بلغة الإشارة يقدم (الفاعل على الفعل) عند الكتابة أو الترجمة.
- تجنب الترجمة الحرفية حيث إن الترجمة الحرفية لموضوع ما أو فقرة أو جملة من الأمور التي تزعج الأصم.
- المحافظة على السرية وعدم إفشاء الأسرار.
- مراعاة ثقافة الأصم الذي يستقبل الترجمة وتقريب الواقع له.
- ربط الترجمة بالواقع.
- عدم إرشاد أو نصح أو إسقاط القيم الشخصية أثناء قيامه بالترجمة.
- لا توجد قاعدة ثابتة للترجمة للأصم، ففي بعض الأحيان تقوم بالترجمة مثل: الإنجليزية من اليسار إلى اليمين لعبارة أو جملة ما، وفي الأحيان تبدأ من وسط الجملة وتعود إلى أولها ثم تذهب إلى آخرها.
- لابد من تقييم الترجمة (التغذية الراجعة) بعد الانتهاء من الترجمة لمعرفة ما إذا كان الأصم قد استوعب الموضوع أم لا.
- عدم الاهتمام بسرعة الترجمة ولكنه يجب أن يهتم بأدائه أثناء الترجمة والشرح وقدرته على التعبير حتى يستطيع إيصال المعلومة لمختلف الفئات العمرية والثقافية.....إلخ.

- ارتداء ملابس داكنة اللون لأن ذلك يتيح خلفية مريحة تمكن عين الأصم من متابعة المترجم بسهولة، كما يستحسن عدم لبس الحلي التي تعكس الأضواء.
- يجب أن تختلف تعابير وجه المترجم أثناء الترجمة حسب نوع الفقرة المقدمة.
- على المترجم أن يكون في وضع المواجهة مع الأصم وأن يتجنب وضع ما يعيق الأصم من متابعة عملية الترجمة.

ويرى اللقاني والقرشي (1999) بضرورة تمتع المترجم بعدد من الكفايات وهي:

- يجيد استخدام الإشارات التي تعبر عن الأرقام الحسابية.
- يجب استخدام الإشارات التي ترتبط بتخصصه العلمي.
- يستخدم إشارات وصفية.
- يستخدم إشارات غير وصفية.
- يعبر عن الإشارة باليدين والأصابع بشكل جيد.
- يحافظ على مرونة يديه وأصابعه لأداء الإشارات بسهولة.
- يحرص على معرفة الإشارات الجديدة التي تصدر من التلاميذ الصم.
- يتابع جيداً حركة اليدين والأصابع التي تصدر من التلاميذ الصم أثناء استخدام لغة الإشارة.
- يحفظ الإشارات التي تعتبر عن شخصية كل تلميذ.
- يشجع التلاميذ الصم الذين يمتلكون مهارة الرسم، على رسم حركة أداء الإشارة المختلفة.
- يستخدم هجاء الأصابع بشكل متكامل مع لغة الإشارة.
- يتعاون مع تلاميذه الصم في ابتكار إشارات جديدة تخدم موضوع الدرس.
- يسأل التلاميذ الصم لمعرفة ما غمض عليهم من إشارات.
- يحرص على معرفة الإشارات السرية التي يستخدمها التلاميذ الصم.
- يترجم الملخص السبوري إلى لغة الإشارة.

- يترجم قائمة الكلمات الجديدة التي وردت في الدروس إلى لغة الإشارة.
- يتعاون مع التلاميذ الصم لتوحيد الإشارات التي قد يوجد فيها اختلاف في أسلوب أدائها.
- يحرص على طبع الإشارات المختلفة وتوزيعها على التلاميذ الصم.
- يحرص على طبع الإشارات المختلفة وتوزيعها على أسر التلاميذ الصم.
- يحرص على الاطلاع على الاتجاهات العالمية الحديثة في استخدام لغة الإشارة.

فوائد لغة الإشارة:

شهدت لغة الإشارة للصم ـ في السنوات الأخيرة ـ اهتماماً بعد أن أصبحت لغة معترفاً بها في كثير من دول العالم في المدارس والمعاهد، وينظر إليها على أنها اللغة الطبيعية الأم للأصم، لاتصالها بأبعاد نفسية قوية لديه ولما تميزت به من قدرتها على التعبير بسهولة عن حاجات الأصم وتكوين المفاهيم لديه، وهناك تصور خاطئ بأن لغة الإشارة ليست لغة قد تكون مجموعة من الحركات أو الرموز أو الإيماءات ولكنها ليست لغة لها بنيتها وقواعدها، وربما كان التصور الخاطئ الأكثر انتشاراً هو أن لغات الإشارة جميعاً متشابهة أو دولية وهذا ليس صحيحاً، فالاتحاد العالمي للصم أصدر بياناً يؤكد فيه: ((أنه لا توجد لغة إشارة دولية)) ولغات الإشارة متمايزة كل منها عن الأخرى مثلها مثل لغات الكلام المختلفة.

والتصور الخاطئ الآخر هو أنه من الواجب ابتكار لغة إشارات دولية كشأن الاسبرانتو لجميع الشعوب. إن الصم مثلهم مثل أي مجتمع أثني أو وطني، يرون أن التخلي عن لغتهم الأصلية أمر لا يمكن قبوله.

والبعض يتصور أن لغة الإشارة هي نسخ بصرية من لغات الكلام؛ بمعنى أن لغة الإشارة الأمريكية لابد أن تكون هي الإنجليزية، وهذا أيضاً بعيد عن الحقيقة فلغة الإشارة البريطانية والأمريكية مختلفتان تماماً كل منهما عن الأخرى.

تدرك لغة الإشارة وتنتج من خلال قنوات بصرية وحركية لا من خلال وسيلة سمعية وشفهية كاللغة العادية، لذلك كان لكل لغة خصائص عن الأخرى، وتؤدى لغة الإشارة بيد واحدة أو بيدين تؤديان تعبيراً في أماكن مختلفة من الجسم، أو أمام المتحدث بالإشارة، وتشمل هذه التعبيرات الحركة والتحديد المكاني وشكل اليد وتحديد الاتجاه ومجموعة واسعة يطلق عليها الإشارات غير اليدوية، وهذه المظاهر الخمسة للغة الإشارة تحدث في وقت واحد وليس في تتابع مثل خروج الأصوات في اللغة المحكية، فلغة الإشارة ليست مجرد اليدين بل يساهم في إنتاجها اتجاه نظره العين وحركة الجسم والكتفين والفم والوجه، وكثيراً ما تكون هذه الإشارات غير اليدوية هي السمة الأكثر حسماً في تحديد المعنى وتركيب الجملة ووظيفة الكلمة.

وتشير أمثلة التركيب النحوي هذه إلى الأبعاد الزمنية للغة أي وقت حدوث الأفعال وهناك نطاق مكاني أيضاً للغة الإشارة إذ تستخدم الحركة في اتجاهات مختلفة في نطاق الأبعاد للتعبير عن دلالات نحوية معينة.

ومع أهمية لغة الإشارة للأصم إلا أنه في حاجة إلى التعبير الشفوي والقراءة والكتابة لمحاولة دمجه في المجتمع الكلي وأظهرت الدراسات والأبحاث والتجارب ضرورة استخدام الطريقتين الإشارية والشفوية في تعليم الصم للوصول إلى تواصل أفضل.

ولقد قوي الاهتمام عالمياً بلغة الإشارة فقامت معاهد ومؤسسات لدراستها ودعمها وتعليمها وتأهيل أطر متخصصة للترجمة منها وإليها وأصبحت اللغة الرئيسة في المؤتمرات الدولية التي تعقد حول الصم، وناضل الصم وما زالوا في سبيل الاعتراف بلغتهم وبثقافتهم المتميزة ويرون في هذا الاعتراف والتميز سبيلاً إلى دمجهم الاجتماعي والتربوي والاقتصادي.

معايير الترجمة الجيدة:

- سهلة الفهم.
- سلسة ومنسابة.

- تحوي بداخلها الروح الحقيقية للأصل.
- تشرح المعاني الكامنة.
- توصيل فكرة النص الأصلي بقدر المستطاع.

خامساً: مهارة التواصل الكلي Total Communication Skill

تلاقي هذه الطريقة قبولاً كبيراً من قبل المختصين والعاملين مع الأفراد المعوقين سمعياً كما أنها تلاقي قبولاً واسعاً من قبل الأفراد المعوقين أنفسهم، ويعني التواصل الكلي استخدام أنواع متعددة من طرائق التواصل من أجل مساعدة الأفراد الصم على التعبير والفهم، وتتضمن استخدام كل من المهارات التالية مع بعضها البعض:

- الكلام.
- لغة الإشارة.
- قراءة الشفاه.

ومن خلال هذه الطريقة، التي تجمع الطرق السابقة معاً، يتم تلافي عيوب كل طريقة على حدة، ويتم الاستفادة من مميزات كل طريقة، بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تستجيب بشكل أفضل للخصائص المتفردة لكل طفل، فمن يعرف طريقة ما، يمكنه استخدام هذه الطريقة بالإضافة إلى الكلام، إذ إن الهدف من التواصل الكلي هو تسهيل عملية التواصل اللفظي وتوفير طرق تواصل بديلة عن الكلام.

هذا وقد ظهرت هذه الطريقة في التواصل نتيجة للانتقادات التي وجهت للطرق الأخرى وأهم هذه الانتقادات ما يلي:

1. صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة لغة الشفاه، إما بسبب سرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حوله حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.
2. صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدامه طريقة التدريب السمعي وذلك بسبب مدى القدرة العقلية المتبقية لدى الأصم، ومدى فعالية الوسائل السمعية لدى الأصم.

3. صعوبة نشر لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع بين كل الناس، ويعني ذلك اعتماد فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع، وبسبب مثل تلك الانتقادات مجتمعة، ظهرت الطريقة الجديدة وهي الطريقة التي تجمع بين كل تلك الطرق في الوقت نفسه، ففي هذه الطريقة يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وبسرعة عادية لحركة الشفتين، وفي الوقت نفسه، يعبر عما يتكلم بلغة الإشارة والأصابع معاً. (الروسان، 2001، ص: 197) (Smith, 2001).

وبيّن كل من شين (Chin,2003) وايستبروكس (Estabrooks,1994) عدداً من المتغيرات التي تؤثر على تقدم الحالة وتطورها عند التدريب بأسلوب التواصل الكلي والتدريب بطريقة التواصل اللفظي منها:

1. عمر الطفل عند التشخيص.
2. سبب الإعاقة السمعية.
3. درجة الإعاقة السمعية.
4. مدى الاستفادة من المعينات السمعية أو القوقعة السمعية الإلكترونية.
5. مدى المتابعة مع أخصائي السمعيات.
6. صحة الطفل العامة.
7. وضع الأسرة العاطفي.
8. مستوى مشاركة الأسرة.
9. مهارات الأخصائي المعالج.
10. مهارات الوالدين أو من يتولى رعاية الطفل.
11. أسلوب الطفل في التعلم.
12. مستوى ذكاء الطفل.

توظيف التكنولوجيا لدى المعاقين سمعياً:

لما لأهمية التكنولوجيا في تطوير عملية التعليم، لذا ينبغي أن نأخذ بعين الاهتمام عند تعليم الطلبة المعوقين سمعياً الاعتبارات التالية:

1. أن تكون درجة الإضاءة في الصف مناسبة.
2. العمل على الحد من الضوضاء والأصوات الأخرى في غرفة الصف.
3. الإكثار من استخدام المعينات البصرية كالرسوم والصور والإشارات اليدوية.
4. تشجيع الطالب على استخدام السماعة.

وفي ضوء استخدام التعليم الإلكتروني فإنه ينفرد بمجموعة من الميسرات منها:

- توسيع مدارك الطلاب العلمية من خلال تعدد المصادر في مجال استخدام الحاسب وتقنية المعلومات المرتبطة بحياتهم.
- يمكن استخدام الحاسب الآلي كوسيلة تعليمية في التطبيقات المختلفة لتدريب المعاقين سمعياً، وتنمية قدراتهم ومهاراتهم العلمية والعملية.
- الحث على التفكير، وتنمية قدرات المعاقين سمعياً خصوصاً القدرة الإبداعية.
- التشجيع على متابعة التطور التقني.
- إشباع الهوايات وشغل أوقات الفراغ بما يناسبهم في تقنية الحاسب كالألعاب التعليمية الإلكترونية المفيدة أو الموسوعات الإلكترونية الثقافية.
- غرس حب التقنية الحديثة لدى المعاقين سمعياً.
- التعليم الإلكتروني تعليم ميسر لمواصلة مسيرة التعليم والتدريب.
- إنشاء منظومة تعليمية إلكترونية تخدم هذه الفئة.
- تطوير مهارات تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة حياتهم العملية.
- تحسين قدراتهم على الاتصال.
- الارتقاء بقدرتهم على الحركة والانتقال.
- زيادة فرص العمل المتاحة لهم بفضل تدريبهم ومساعدتهم في التكيف مع وظائفهم.

- تطوير مهاراتهم للحفاظ على سلامة صحتهم العقلية.
- تحسين التدابير الطبية المتعلقة بالسيطرة على الأمراض.

ويعتمد التشخيص والمداواة والعلاج الطبيعي والفسيولوجي أكثر على التقدم الذي تم إنجازه في المجالات التكنولوجية، ويتم الآن تطوير تطبيقات جديدة في مجالات التعليم، والتدريب، وخدمات التأهيل والعمالة، وتساعد الابتكارات الخاصة بالحاسبات والأجهزة الإلكترونية على تحسين القدرة على إجراء الاتصالات، مما يساهم في تحقيق الاعتماد على النفس للمعوقين وفي تيسير دمجهم في مجريات الحياة اليومية في المجتمع المحيط بهم، بغض النظر عن طبيعة الإعاقة ودرجتها.

وتتمتع الحواسيب والتطبيقات الإلكترونية بميزات خاصة في مجال التأهيل المهني وتهيئة المعاق للعمل، كما تسهل إدماجه في المجال الإنتاجي، أما بالنسبة لفرص العمالة فإن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين إذ إنها تمكنهم من تحقيق حياة مستقلة ومنتجة، وبالتالي الحفاظ على كرامتهم الإنسانية، وبفضل التطورات المتقدمة التي أحرزتها التكنولوجيا الجديدة - لا سيما التكنولوجيا القائمة على الحواسيب الآلية - تبدو التوقعات الخاصة بإيجاد فرص عمل للمعاقين مشجعة جداً.

والسؤال الذي يطرح نفسه في هذا الصدد هو: ما هي الأجهزة والأدوات التي يمكن توظيفها لخدمة المعاقين؟

هناك أجهزة عديدة منتشرة في مناطق مختلفة من العالم منها ما هو بسيط وبدائي ومنها ما هو متقدم وأكثر تعقيداً، ويمكن هنا أن نوجز أهم هذه الأدوات والأجهزة حسب فئات الإعاقة:

الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة السمعية:

وفي مجال الإعاقة السمعية فقد تم تطوير الأجهزة العديدة منها:

1. الحنجرة الإلكترونية.
2. زراعة أجهزة الأذن الداخلية.
3. أجهزة النطق وأجهزة تركيب الكلام.
4. استخدام الحاسوب في تحويل صوت مستخدم الجهاز إلى صورة يمكن مشاهدتها.

وحول أهمية تطوير واستخدام التكنولوجيا للمعاقين فقد جاء في توصيات مؤتمر الاسكوا بخصوص قدرات وحاجات المعوقين ما يلي:

1. العمل على تكييف التقنيات المتقدمة في الدول الصناعية لإشباع الحاجات المحلية ونقلها إلى الإقليم من خلال تدريب الكوادر.
2. تشجيع استخدام الحاسوب لمساعدة اندماج المعاقين في المجتمع وقد تتضمن الحملة تكييف الأجهزة التي تجعلها متاحة لقطاعات متنوعة من المعاقين كما تتضمن تطوير حزم برامج ملائمة.
3. تشجيع الإنتاج المحلي للتقنيات الملائمة والمبسطة الخاصة بالكراسي المتحركة والأطراف الصناعية ومعينات الحركة وغيرها على أن تأخذ في اعتبارها الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية السائدة في مجتمعاتها.
4. حث الحكومات على تنفيذ مشروعات رائدة لإنشاء صناعات تأهيلية مناسبة وإرساء نظام لتوزيع هذه المعينات.
5. بذل جهود حثيثة لتعريب نظام المخاطبة الآلية والذكاء الاصطناعي وغيرها من النظم المعتمدة على الحاسوب، ونظراً لغياب اللغة العربية عن تقنيات الحاسوب ولصعوبتها، فإنه لا بد من عمل الأبحاث اللازمة حول تعريب نظام الحاسوب بما يتلاءم مع برامج المعوقين.
6. أن تقوم الحكومات، كلما أمكن ذلك، بدعم حيازة التقنيات المتقدمة آخذة بعين الاعتبار عدم إمكانية الفصل بين النفقة العالمية للتقنيات الحديثة ونفقة الصيانة والخدمة. وفي هذا المجال، يعتبر التعاون الدولي والإقليمي وسيلة ناجعة لتوسيع الأسواق وبالتالي تخفيض تكلفة الوحدة.
7. توسيع مشاركة الخبراء العرب وخاصة المعاقين منهم في الندوات والمعارض والأنشطة على المستويين الإقليمي والدولي ليستطيعوا مسايرة الاختراعات الحديثة (سالم، 1994، ص: 492 ـ 495).

هذا ويرى المؤلفان أن التكنولوجيا تعتبر من أهم الوسائل المستخدمة حديثاً والتي تساعد على التغلب على الإعاقة السمعية، وقد بدأ الاهتمام بالمعاقين سمعياً في نهاية القرن السادس عشر حيث عرف بنهاية عصر الظلام وذلك عندما قام الطبيب والرياضي الإيطالي كوردون بتعليم أحد المعوقين سمعياً القراءة والكتابة، حيث إن كوردون آمن بقدرة المعوق سمعياً على التعلم بعد أن عمل معه وقال إن الأفكار المجردة يمكن تعليمها وشرحها وتفسيرها للمعوقين سمعياً بوساطة الإشارة وإدراك كتابة الكلمات يمكن أن تساعد في تفسير الأفكار دون الحاجة للكلام حيث تم تفسير ذلك أن المعوق سمعياً يمكنه تخيل كلمة الخبز، وبعد رؤيته للشيء المراد تعليمه له يحتفظ به في الذاكرة ويمكنه مطابقته مع المواقف المشابه التي يتعرض لها فيما بعد.

وقد اشتهر في فرنسا جاكوب بيرير (1715 ـ 1790) وعرف كأول معلم للمعوقين سمعياً في فرنسا نتيجة للنجاح الذي أحرزه في مجال تعليم المعوقين سمعياً وقد استخدم تمارين خاصة تتضمن استغلال حاسة البصر واللمس والتذوق، وجاء بعده ميشيل ليبه وبدأ عمله مع طفلين وطور أثناء عمله مع الأطفال طريقته الخاصة في تعليم وهي استخدام الإشارة لأغراض التعليم وسمي ذلك بنظام الإشارة.

وهكذا أخذ هذا العلم في تطور مستمر على أيدي العديد من المختصين في مجال التربية الخاصة حتى يومنا هذا وقد تعددت الوسائل والأساليب المستخدمة في تعليم المعاقين سمعياً وتم توظيف التكنولوجيا الحديثة في تعليمهم حيث ساهمت وبشكل كبير في توصيل الأهداف المراد تحقيقها مع الأطفال بكل سهولة ويسر.

وتعتبر المعينات السمعية الحديثة من أهم إنجازات الهندسة الطبية الحديثة التي ساهمت في تقديم أمل جديد للإنسان الذي يعاني من مشاكل في السمع ومن هذه الأجهزة:

أولاً: أنظمة سمع كلرو الرقمية (ديجتل)

ومن أهم ما تمتاز به:

- تقديم فهم أفضل للكلام في حالات السمع.
- خصائص أوتوماتيكية أكثر.

- ينصح بها للأشخاص الذين لديهم أسلوب حياة عملي والذين يعتمدون في حياتهم على اتخاذ قرارات مهمة تسهل عملية تواصلهم بالآخرين.

ثانياً: أنظمة سمع مبرمجة

ومن مميزاتها: فهم الكلام في الهدوء والضجيج.

ثالثاً: أدوات سمعية عادية

ومن مميزاتها:

- تساعد على تكبير الأصوات.
- تجعل الحوار الهادئ مسموعاً بشكل أفضل، وينصح بها للأشخاص الذين لديهم أسلوب حياة هادئ.

أما أهم الوسائل التعليمية المستخدمة في تعليم المعاقين سمعياً داخل الصفوف فهي:

- جهاز عرض الأفلام أو الفيديو.
- مرايا.
- الصور السطحية.
- السبورة (المتحركة والثابتة).
- المجسمات (الحقيقية أو الرمزية).
- حاسوب تعليمي: ويعتبر الحاسوب التعليمي من أهم الوسائل وذلك لما يتمتع به **من مميزات منها:**

1. يوفر الحاسوب فرصاً كافية للمتعلم للعمل بسرعته الخاصة مما يقربه من مفهوم تفريد التعليم.
2. يزود الحاسوب المتعلم بتغذية راجعة فورية وبحسب استجابته في الموقف التعليمي.
3. المرونة، حيث يمكن للمتعلم استخدام الحاسوب في المكان والزمان المناسبين له.

4. التشويق في التعليم والإثارة نتيجة إدخال بعض المثيرات البصرية المساعدة على جذب الانتباه.
5. قابلية الحاسوب لتخزين استجابات المتعلم ورصد ردود أفعاله مما يمكن من الكشف عن مستوى التعليم وتشخيص مجالات الصعوبة التي تعترضه فضلاً عن مراقبة تقدمه في التعليم.
6. إمكانية استخدام الحاسوب في التقويم الذاتي.
7. يمكن الحاسوب المعلم من التفاعل الفعال مع الخلفيات المعرفية المتباينة للمتعلمين.
8. يوفر اقتصاداً بالوقت.

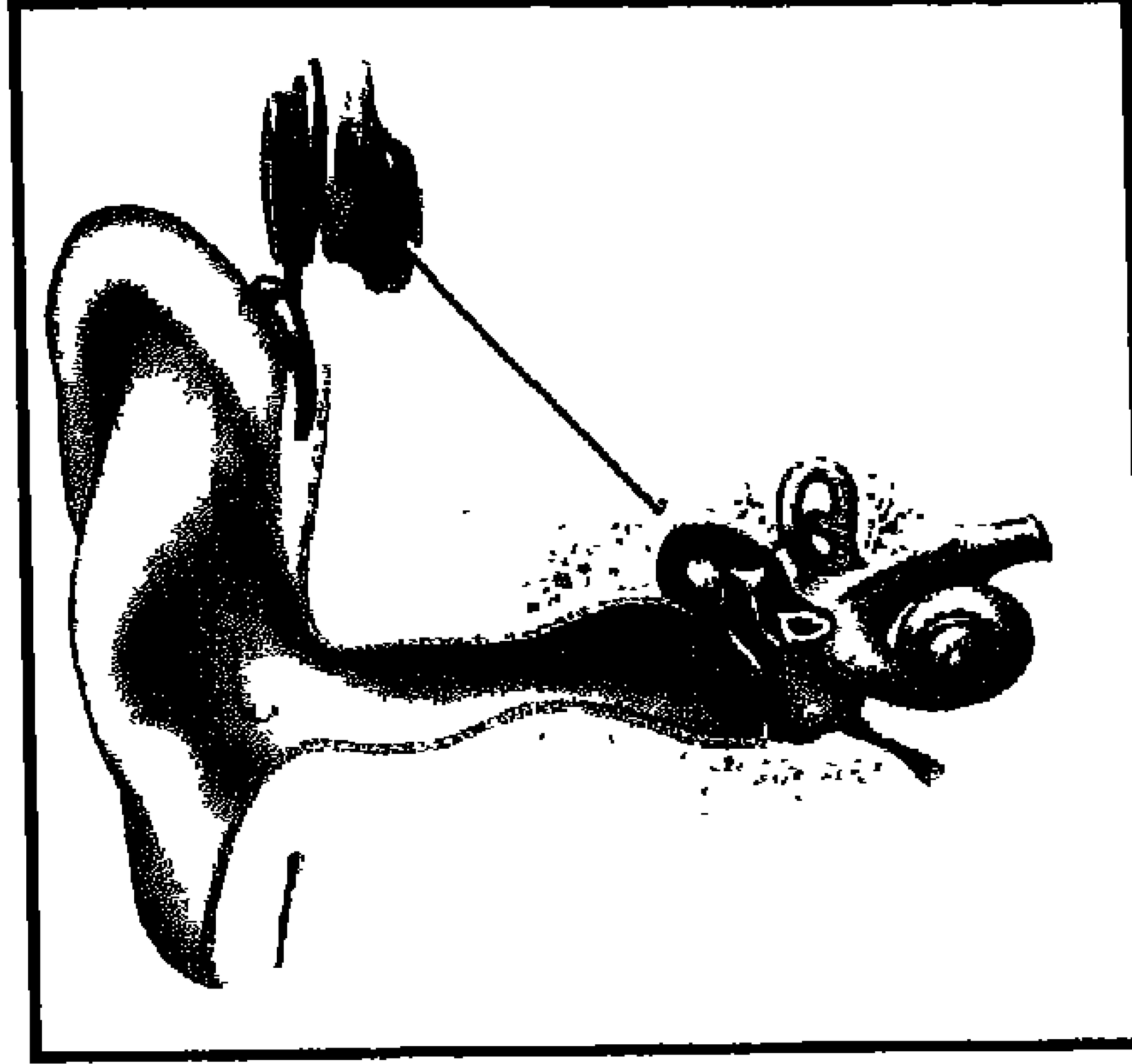
ولمعرفة أثر الحاسوب على تعليم المعاقين سمعياً أجرى القريوتي (2002) دراسة حول أثر استخدام الحاسوب في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لمادة اللغة العربية بدولة الإمارات العربية المتحدة.

ولمعرفة أثر الحاسوب في التعليم تم تطبيق البرنامج على مجموعة تجريبية، أما المجموعة الضابطة فقد تم تعليمها بالطريق التقليدية، وبعد تطبيق الاختبارات أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، لصالح المجموعة التجريبية على الدارسين في الصف السابع والثامن (القريوتي، الدقاق 2006)

الأدوات المساندة لذوي الإعاقة السمعية:

1. حاسب الجيب: ووظيفته استقبال وإرسال وخزن الرسوم البيانية والصور التوضيحية كما هو الحال في ألعاب الفيديو.
2. الكمبيوتر: وما يتضمنه من برامج مناسبة لتعليم المعاقين سمعياً.
3. أجهزة الاتصال الخاصة بالصم (TDD) وهي تقوم على طباعة المكالمات الهاتفية، وفي حال إضافتها إلى التلفاز تقوم بكتابة النقاط الرئيسة في النص على شاشة التلفاز.

4. زراعة القوقعة (Cochlear Implant): وهو يقوم على مساعدة المعاقين سمعياً على سماع الأصوات، فهو يساعد في التمييز بين الأصوات العامة إلا أنه غير قادر على مساعدته في فهم ما يقال.



(Ertmer & Inniger, 2009)

العوامل النفسية والاجتماعية المتعلقة بالتدخل اللغوي للمعوقين سمعياً:

يجب أن يكون للأسرة دور في أي نوع من أنواع التدخل اللغوي، ولكن عند الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، تلعب الأسرة دوراً حاسماً يختلف عن دورها في عملية التدخل عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي، فبينما يستطيع الأخصائيون الذين يعملون مع الأطفال ذوي السمع الطبيعي أن يقرروا منهجية التدخل التي ستتبع في العلاج، على العاملين مع الأطفال المعاقين سمعياً أن يشجعوا الأسرة على أن تختار نوعية التدخل بعد إعطائها رؤى محايدة عن المناهج المختلفة، فمثلاً يجب على الأخصائي أن لا يفرض على الأسرة تبني لغة الإشارة بعينها كوسيلة تواصل رئيسة للطفل، ولكن يجب أن يُعرف الأسرة على لغة الإشارة بشكل عام، والتواصل الشفهي، والتواصل الكلي، ثم يترك للأسرة حرية اختيار الأسلوب الأكثر ملاءمة، هذا التركيز على المنهج المنطلق من الأسرة في التعامل مع الأطفال المعاقين سمعيا يعد جزءاً أساسياً من عملية التدخل، فموقف الأسرة وتوقعاتها الحقيقية لطفلها وإعاقته السمعية هما أفضل طريقتين لنجاح أي تدخل، ولذا يجب أن تشارك في متابعة التقييم، وتخطيط التواصل، والأهداف

المتعلقة باللغة والنطق، وفي متابعة مدى تطور مهارات الطفل التواصلية هناك عنصر مهم آخر يجعل من التّدخل عند الأطفال المعاقين سمعياً مختلفاً عن التدخل عند ذوي السمع الطبيعي، وهو أن الأول يجب أن يركز على منهج اللغة الكلية (Whole Language)، وهو نظرية في العلاج تقوم على العلاج غير المباشر، أي يجب أن تكون عملية التدخل طبيعية، بحيث تتضمنها جميع الأعمال اليومية التي يؤديها الطفل، دون التركيز على مهارات أو تراكيب لغوية معينة.

كما يجب أن تكون من خلال مثيرات طبيعية غير مباشرة، فالعلاج المستمد من بيئة الطفل الطبيعية يُعد العلاج الأمثل للتعامل مع الأطفال المعاقين سمعياً، فقد يغفل هؤلاء الأطفال عن كثير من جوانب اللغة والتواصل جَرّاء إعاقتهم السمعية، كالإصغاء لحديث الآخرين، والسماع إلى أشكال / قواعد أخرى للغة، فبينما قد يركز التدخل عند ذوي السمع الطبيعي على فرع واحد للغة كالمعاني وتركيب الجمل، يجب أن لا يركز التدخل عند المعاقين سمعياً على هذين الفرعين اللغويين فقط، بل يجب أن يتعداهما إلى التركيز على معاني المفردات واستخدام اللغة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولكن هذا لا يعني أن الأخصائيين يجب أن يتوقفوا عن تدريب الأطفال، ولكن يجب أن يستمروا في تدريبهم تحت شروط ملائمة لكيفية استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين، فعوضاً عن تعليم الكلمات بصورة منفردة، يتم تعليمهم إياها في سياق ذي معنى وصالح للتفاعل الاجتماعي، هذا **وتوجد أساليب للتحفيز غير المباشر للغة الذي يحسن من التفاعل بين الآباء و أطفالهم المعاقين سمعياً، وتلك تشمل:**

- التأكد من أن الآباء يدركون إشارات تواصل ما قبل اللغة للرضيع أو الطفل الصغير.
- مساعدة الآباء في تفسير إشارات التواصل التي يصدرها الطفل وكيفية تقديم الاستجابة لها.

ففي حين يقتصر دور المشارك في التواصل مع الأطفال غير المعاقين سمعياً على تقديم نموذج جيد للطفل، يتعدى دور المشارك في التواصل مع المعاق سمعياً ذلك بحيث يقوم بدور الأخصائي والمشارك في نفس الوقت، فعلى المشارك في التواصل أن ييسر

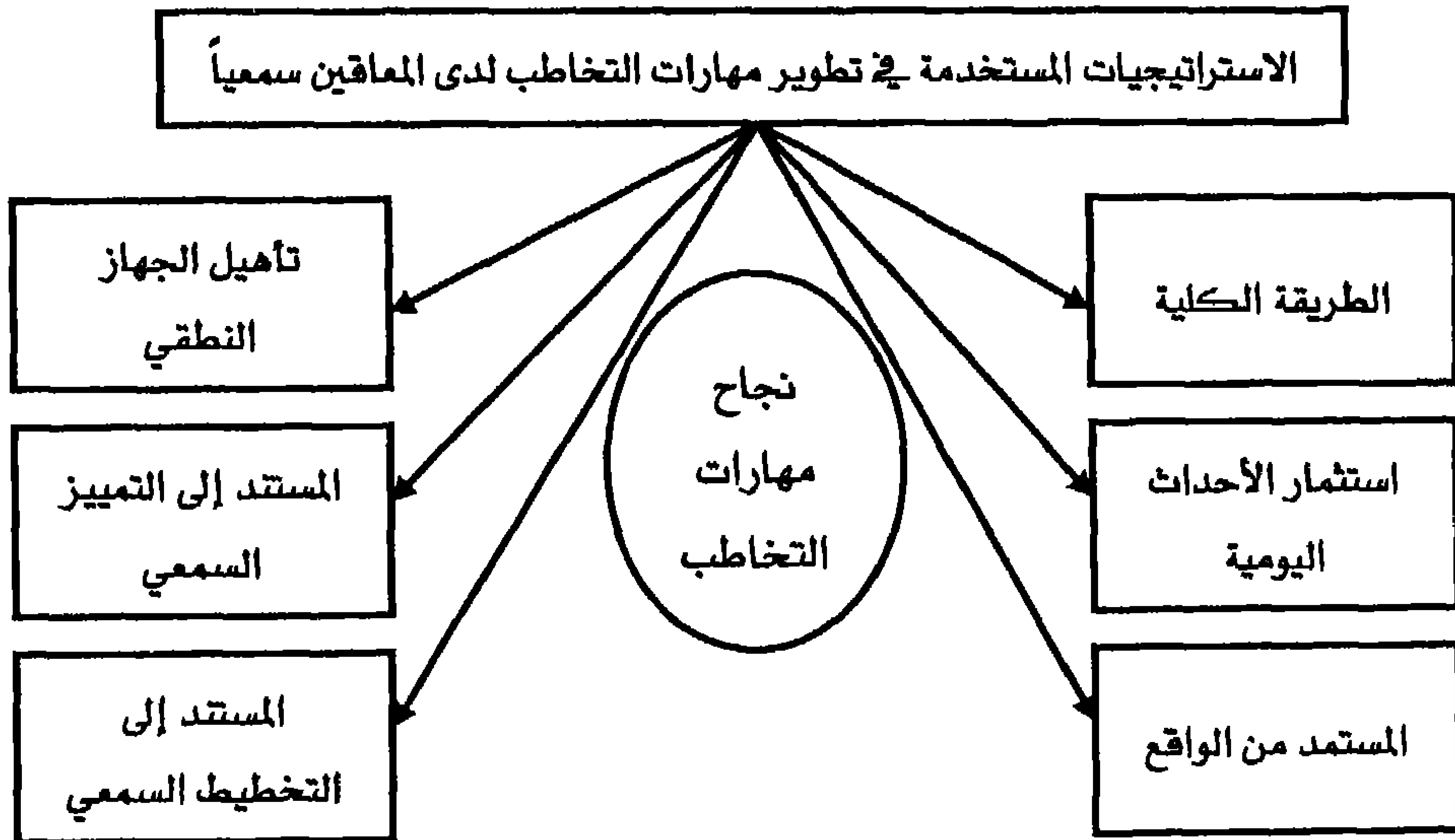
تعليم المعاق سمعياً بحيث يكون دائم الاستجابة لأي من محاولات الطفل التواصلية ويعمل على تشجيعها.

ونظراً لأن المعاق سمعياً قد يحرم من الأحداث اليومية التي يعيشها الطفل ذو السمع الطبيعي، يتعين على المشارك أن يحاول أن يبتكر تجارب تسمح للطفل بأن يكتشف ويتعرف على مدارك واسعة من الحياة اليومية. كما يجب أن تتم مساعدته في تطوير طرق فعالة للمحافظة على انتباه الطفل ولتزويده بمفردات لما يريد التعبير عنه.

هذا وقد وجدت الدراسات أن الأطفال ذوي السمع الطبيعي يمتلكون مهارات في التواصل أفضل من تلك التي يمتلكها المعاقون سمعياً.

الاستراتيجيات المستخدمة في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً:

هناك استراتيجيات عديدة يمكن استخدامها في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً، كما هو مبين بالشكل رقم (3/3).



شكل رقم (3/3)

الاستراتيجيات المستخدمة في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً

باستعراض الشكل رقم (3/3) يرى المؤلفان أن من أهم الاستراتيجيات المستخدمة في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً:

أولاً: التعليم بالطريقة الكلية: إن الهدف الرئيس هو مساعدة الطفل كي يكون ماهراً في جميع جوانب اللغة، لذا يكون التركيز في العلاج على تعليم اللغة بكاملها دون التغافل عن جوانب الاستخدام الاجتماعي والعملي للغة (Pragmatics)، والجوانب المتعلقة بمعاني الكلمات (Semantics).

ثانياً: التعليم باستثمار الأحداث اليومية: للأطفال المعاقين سمعياً معرفة محدودة عن الحياة اليومية، لذا يجب أن يكون التركيز أثناء التدخل على تعليم الأحداث اليومية بصورة مبتكرة، كاللعب من خلال تقمص الأدوار مثلاً.

ثالثاً: التعليم المستمد من الواقع: يجب أن يبتكر المربون فرصاً للتواصل ذات معنى والتي تشجع الطفل على التفاعل معها، ومن الأفضل اتباع العلاج المستمد من البيئة الطبيعية للطفل والذي يخلو من التدريب الروتيني.

رابعاً: التعليم المستند إلى التخطيط السمعي: يختلف علاج النطق ومخارج الأصوات عند الأطفال ذوي الإعاقة السميعة الطفيفة إلى المتوسطة عن علاج النطق عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي في جوانب عدة، فبينما يعتمد ذوو السمع الطبيعي على الاسترجاع السمعي (Auditory Feedback) لتصحيح كلامهم، فإن المعاقين سمعياً يحتاجون إلى استخدام تلميحات مرئية وحسية وحركية لتعويض فقدانهم السمعي. وهناك أمر آخر يجب أخذه بعين الاعتبار عند التعامل مع المعاقين سمعياً وهو أن أخصائي علاج النطق واللغة يجب أن يطلع على التخطيط السمعي للتعرف على مستوى السمع مع وجود المعين السمعي، من أجل التعرف على الأصوات التي قد لا تتواجد في مدارك الطفل السمعية.

خامساً: التعليم المستند إلى التمييز السمعي: إن الأصوات تؤثر وتتأثر بالأصوات الأخرى المحيطة بها في نفس الكلمة أو الجملة، ومن الصعب عزل الأصوات عن بعضها البعض، قد تثير مشكلة خاصة للمعاقين سمعياً، وبالتالي يجب أن توضع في الاعتبار

في أي تدخل، لذا على أي أخصائي للنطق واللغة يعمل مع هذه الفئة أن يكون مطلعاً على تأثير النطق المصاحب على عملية علاج النطق، فالتدريب على الأصوات يجب أن يتم من خلال وضعها في عبارات وجمل عوضاً عن تعليمها كأصوات أو كلمات منفردة كما هو ملاحظ في التدخل عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي.

سادساً: تأهيل الجهاز النطقي: التدريب على علاج النطق يختلف عند الأطفال ذوي الضعف السمعي الشديد إلى التام عن تدخل الكلام التقليدي للأطفال ذوي السمع الطبيعي في تركيزه على أربعة جوانب:

- التنفس.
- النطق.
- الرنين.
- مخارج الأصوات.

يجب على أخصائي علاج اللغة والنطق أن يعير انتباهاً لحقيقة أن العديد من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة الذين يتلقون تدريباً على النطق يميلون إلى البدء في الكلام عند أو تحت المقدرة المتبقية الوظيفية (وهي كمية الهواء المتبقية في الرئتين بعد عملية زفير طبيعية) وبالتالي قد يفقد الهواء قبل النطق.

إن اضطرابات الرنين مثل:

- الأصوات الأنفية المفرطة.
- الأصوات الأنفية الخالية من الرنين شائعة أيضاً في هذه الفئة.

وهؤلاء الأطفال يجب أن يتم تدريبهم على استخدام إشارات مرئية أو إشارات أخرى للتقليل من مشاكل الرنين، من بين عناصر النطق التي يركز عليها أخصائي علاج النطق واللغة مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة إلى التامة، والتي قد لا تتوافر مع الأطفال ذوي السمع الطبيعي وتتضمن:

- التقليل من خفة الصوت.
- العمل على الحروف المتحركة المشوشة.

- استخدام تردد الصوت الملائم.
- التركيز على مشكلات تبديل الأصوات المهموسة بالأصوات المجهورة.
- زيادة مستوى شدة الكلام.

أما بالنسبة لمخارج الأصوات، فيتصف نطق الأطفال ذوي الضعف السمعي الشديد إلى التام بأخطاء عديدة وهذه الأخطاء لا تُرى غالباً عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي، كالحروف المتحركة المشوشة، وبما أنه تبين أن الكثير من المتحدثين من ذوي الإعاقة السمعية يتوقفون لمدة طويلة أثناء الحديث، يجب أن يُتعامل مع هذا عند علاج مشكلات النطق عند الأطفال ذوي الضعف السمعي الشديد إلى التام.

إن عناصر التنغيم ووزن الكلمة ومعدل الكلام نادراً ما تكون محطاً للهدف في علاج كلام الأطفال ذوي السمع الطبيعي، لكنها تكون عناصر حاسمة عند العمل مع أطفال هذه الفئة، خاصة الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة إلى التامة، حيث يتوجب تعليم هؤلاء الأطفال على إصدار جمل ذات نبرة وتردد معتدلتين، حيث إن العديد منهم يصدرون جملاً أحادية النبرة (رتيبة)، كما أن زيادة معدل الكلام يجب أن تكون مصاحبة بصفاء ووضوح مناسبين.

المناهج المتبعة في تعزيز التدريب على الكلام للأطفال المعاقين سمعياً:

- الاستخدام الأمثل للبقايا السمعية.
- المراقبة التصويرية والتشريحية.
- المثير المرئي: وقد يشمل المثير المرئي استخدام المرآة أو المراقبة المرئية التي قد تساعد في استقبال أصوات معينة ذات خصائص بصرية واضحة.
- أدوات الاسترجاع السمعي والبصري: إن أدوات الاسترجاع السمعي والبصري ذات فائدة كبيرة جداً لكونها تُزود الأخصائي والطفل بتمثيل واقعي للأصوات وبالتالي يساعد في تدريب المعاقين سمعياً، من بين هذه الأدوات برنامجان من برامج الكمبيوتر هما (SpeechViewer) و(VisiPtich).
- استخدام المعينات السمعية كنظام الأف أم (FM system).

- استخدام السماعات بالصورة الصحيحة من أجل الاستغلال الأفضل للسمع المتبقي للتأكد من أن الطفل يستفيد من السمع المتبقي الذي ييسر استيعاب الكلام، حيث يعتبر تطور المهارة السمعية أحد أهم عناصر التدخل عند الأطفال المعاقين سمعياً، حيث يساعد التعرض للأصوات من خلال مواقف طبيعية يومية على إثارة السمع المتبقي لدى الطفل، ومن شأن ذلك أن يضيف إلى خبرة الطفل وتطوره السمعي، عند تدريب الطفل أثناء استخدامه للسماعة يجب أن يشتمل التدريب على الأصوات والكلمات ذات الدلالة، فيجب أن يتبع التدريب النموذج المتعارف عليه لمراحل التدريب السمعي المسماة بالاستكشاف والتمييز والتعرف والاستيعاب.
- استخدام التخطيط التصويري والتشريحي (كصور لوضع اللسان ورسم بياني تشريحي) مع العديد من المعاقين سمعياً.

يختلف التدخل المتجه لتطور المفردات في الأطفال المعاقين سمعياً عن التدخل عند ذوي السمع الطبيعي، حيث يحتاج المعاقون سمعياً إلى نهج منظم لتطوير اللغة بسبب الخواص المكتسبة من الإعاقة السمعية: فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون سماع المحادثات التي تتم بين الآخرين، لذا فإنهم يفتقرون لهذه الأداة المساعدة على تطور المفردات، لذا على الأخصائيين تشجيع الآباء والمشاركين في التواصل على توفير سياق مثير ومشجع للأطفال للمساعدة على نمو وتطور المفردات وذلك ليعوضوا نقص هذه الأداة، يجب أن يركز الأخصائيون على أهمية تعليم المفردات لأنها وسيلة مهمة للتعرف على العالم، فلا يجب أن يتم تعليمها للطفل ككلمات منفردة، بل وفق مواقف ونصوص تزيد من معرفة الطفل وإدراكه لما حوله و تدفعه للتواصل في محاولات أزلية لاستكشاف العالم.

فريق العمل متعدد التخصصات:

إن من بين نقاط الاختلاف بين تدخل ذوي السمع الطبيعي وتدخل المعاقين سمعياً هو نشاط فريق العمل متعدد التخصصات، حيث يتطلب وجود التنظيم المتكامل في

الفئة الثانية. على الأسرة وأخصائي السمعيات وأخصائي علاج النطق واللغة والعاملين الآخرين (كمعلم الفصل، والأخصائي النفسي، وأخصائي العلاج الوظيفي والأخصائي الاجتماعي) أن يتعاونوا مع بعضهم البعض من أجل كفاءة وفعالية التدخل. أما دور أخصائي علاج النطق واللغة وأخصائي السمعيات فهو تعريف الأسرة بالإعاقة وتشجيعها على اتخاذ الدور الرئيس في التدخل، لا يعني أن يتخذ هذا الفريق دور صانع القرار، بل يحب أن يكون الأمر بيد الأسرة، فدوره هو مساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار يناسب جميع حاجاتها و حاجات الطفل.

كما يتعين على الفريق أن يلاحظ التفاعل بين الطفل وأفراد أسرته ويجب أن توجه الأسرة حول كيفية استخدام هذا التفاعل لتعزيز تواصل الطفل، في هذا النوع من التدخل، تقوم الأسرة بمقام المتدخل الأساسي، بينما يقوم العاملون الآخرون مقام الفريق المدعم لها. ويتعين على الفريق متعدد التخصصات تعريف الأسرة بجوانب أساسية مثل: ملاءمة السماعة والأدوات السمعية المعينة واستخدام السمع المتبقي في التلقين السمعي، واستخدام الأساليب لتفعيل تطور التواصل (استخدام النطق، واللغة والإشارة والمهارات التمهيدية). يجب أن يستمر هذا الدعم من الفريق حتى عندما يدخل الطفل المدرسة حيث دور الفريق يجب يشمل دعم الدمج الناجح للطفل داخل الفصل. هذا يعني أن متمرساً آخر سينضم للفريق وهو معلم الفصل، والذي له دور حيوي جداً في تطوير مهارات التواصل للمعاقين سمعياً.

ويتعلق الاختلاف الرئيس الآخر في التدخل عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي والمعاقين سمعياً بمكان التدخل، فعادة ما تكون العيادة أو غرفة العلاج المكان الرئيس للتدخل من قبل الأخصائيين الذين يتعاملون مع الأطفال ذوي السمع الطبيعي، مع استخدام المنزل أحياناً للدعم أو لتعميم ما قد تم تعليمه في العيادة، إلا أن الأخصائيين الذين يتعاملون مع المعاقين سمعياً يعتمدون على المنزل كالمكان الأساسي للتدخل، فيتعين على كل من الآباء والعاملين أن يتعاونوا من أجل استغلال أمثل للمواقف الطبيعية اليومية لتحسين مهارات التواصل للمعاق سمعياً. كما يتم تدريب الآباء على أفضل الطرق المتاحة من أجل مساعدتهم على تقديم دعم مفيد للطفل من أجل تزويده بمواقف صالحة للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

ذلك لا يعني أن الطفل المعاق سمعياً يجب أن لا يتلقى العلاج الفردي في العيادة أو أي مكان آخر، بل يجب أن تكون جلسات العلاج في العيادة أو المدرسة مكملة للتدخل المتبع به في المنزل، كما بالإمكان الرجوع إليهم لتعليم الآباء كيفية استخدام أساليب واستراتيجيات معينة للتدّخل.

يجب أخذ الجانب الاجتماعي ـ النفسي للتدخل في عين الاعتبار عند العمل مع المعاقين سمعياً. إن العديد من الآباء المعاقين سمعياً يواجهون مصاعب في التأقلم مع إعاقة طفلهم ويشعرون بأن حياتهم قد تغيرت للأبد، قد يحتاج هؤلاء الآباء عوناً نفسياً ـ اجتماعياً وعاطفياً كي يساعدهم في مواجهة تحديات تنشئة طفلهم المعاق سمعياً، أول خطوة مهمة في مساعدة هؤلاء الآباء تتمثل في تعريفهم بالإعاقة السمعية ومساعدتهم على فهمها، ومن الطرق الأخرى التي تساعد على إشباع حاجات آباء المعاقين سمعياً النفسية ـ الاجتماعية العمل على تشكيل مجموعة دعم للآباء، تعد مجموعات الدعم مصدراً جيداً للآباء، خاصة لأولئك ذوي الخبرة القليلة أو عديمي الخبرة بالإعاقة السمعية، فيتعرف الآباء من خلال مقابلة آباء المعاقين سمعياً الآخرين على الموارد المتاحة في المدينة، والخيارات التعليمية والخدمات لطفلهم وكيفية تنسيق الجهود المؤيدة لزيادة الوعي العام عن هذه الفئة وحاجاتها، تحتاج الأسرة إلى خدمات الأخصائي النفسي في بعض الحالات، وبالتالي قد يحتاج الأخصائي إلى مراجعة الأخصائي النفسي لإشباع حاجات الآباء، وعلى الأخصائي كذلك التأكد من أن الأسرة متكيفة نفسياً كي تساهم بفعالية في عملية التدخل من أجل ضمان فعالية وجودة تدخل المعاقين سمعياً.

ويجب أن نلحظ بأن الأطفال المعاقين سمعياً هم فئة خاصة ذات مميزات خاصة، يجب أن تتوافر لها الاستراتيجيات الخاصة بها لتلبية حاجاتها، إن دور أخصائي اللغة والنطق فعال جداً وحاسم للتأكد من توفير خدمات التواصل لهذه الفئة. ويشمل هذا:

- دعم ومساعدة الأسرة.
- المشاركين في التواصل.
- تطوير استراتيجيات تدخّل اللغة والكلام التي تلائم هذه الفئة.

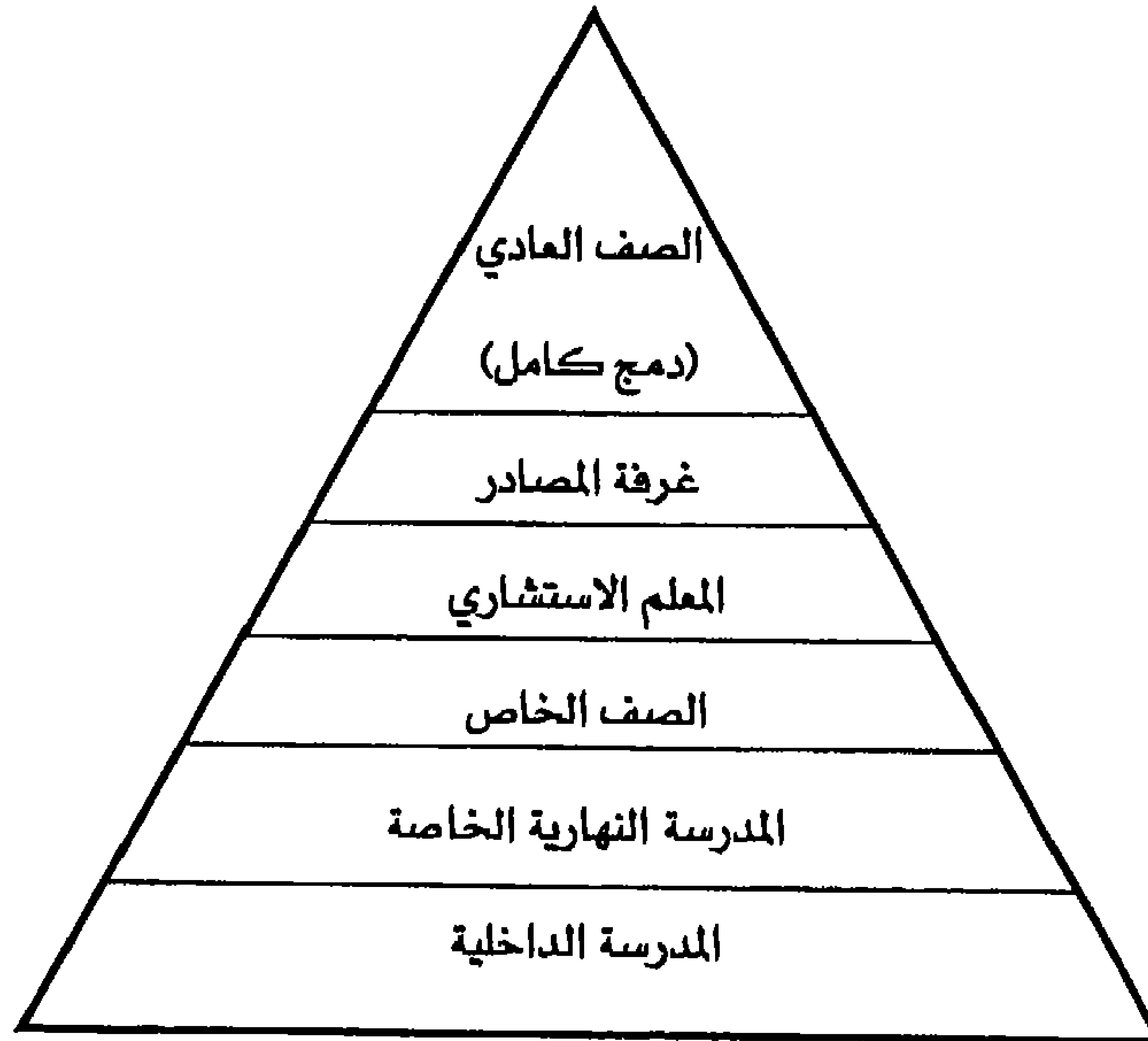
- تبني نظام الفريق متعدد التخصصات لتلبية الحاجات المختلفة للطفل وأسرته.
- اختيار الوضع الصحيح الذي يضمن المبادئ العامة المثلى لأهداف العلاج.
- إشباع الحاجات النفسية ـ الاجتماعية لأسرة الطفل المعاق سمعياً.

البدائل التربوية للطلبة المعوقين سمعياً:

تختلف البدائل التربوية للطلبة المعوقين سمعياً تبعاً لاختلاف عدد من العوامل أهمها:

- طبيعة الإعاقة السمعية للطالب.
- شدة الإعاقة السمعية لدى الطالب.
- مدى تأثير الإعاقة السمعية عند الطالب على جوانب النمو المختلفة.

ويمثل الشكل (4 ـ 3) عرضاً لهذه البدائل التربوية حيث تمثل قاعدة الهرم أقل البيئات تقييداً وكلما صعدنا لقمة الهرم ننتقل إلى بيئات أكثر تقييداً.



شكل (4 ـ 3)

هرم البدائل التربوية للأفراد المعوقين سمعياً

- المدرسة الداخلية: للطلبة المعاقين سمعياً بدرجة شديدة جداً وفيها إقامة دائمة.
- المدرسة النهاريّة الخاصة: وتكون مخصصة للطلبة المعوقين سمعياً بدرجة متوسطة أو شديدة ممن لا يستفيدون من البدائل الأخرى.
- الصف الخاص: يكون في المدرسة العادية ويقوم على التدريب فيه معلم مختص في مجال الإعاقة السمعية.
- المعلم الاستشاري: معلم مختص في مجال الإعاقة السمعية يقدم استشارات للمعلم العادي وليس للطالب.
- غرفة المصادر: وتستخدم مع ذوي الإعاقات السمعية البسيطة والمتوسطة لبعض الوقت.
- الصف العادي (دمج كامل): ويستخدم مع ذوي الإعاقات السمعية البسيطة جداً والبسيطة ممن يستخدمون معينات سمعية.

توجيهات وتوصيات لرعاية الطفل الأصم في سن ما قبل المدرسة:

مما لا شك فيه أن لمرحلة ما قبل المدرسة أهمية فائقة للطفل العادي فما بالك لو كان ذلك الطفل معوقاً سمعياً، وبما أن والدي الطفل هما من يتعامل مع ذلك الطفل في هذه المرحلة لذلك فهم بحاجة توصيات خاصة للتغلب على مشكلتهم من جهة وتهيئة طفلهم إلى مرحلة المدرسة من جهة أخرى.

توصيات إلى والدي الطفل الأصم للتغلب على مشكلة ولادة طفل معّوق سمعياً لهم:

1. تقبل الحقيقة كون طفلهما أصماً وهي مسألة قضاء وقدر.
2. مواجهة المسؤولية كأب وأم وبذل الجهد في العناية التامة وإظهار اهتمام خاص بالطفل.
3. منح الطفل المزيد من الحنان وحضنه إلى الصدر فهذا الأسلوب الذي يفهمه من سن مبكرة.
4. الاتصال بطبيب الأنف والأذن والحنجرة لمعرفة مدى إمكانية العلاج.

5. يعتبر اللعب ضرورة تربوية تتم بواسطته عملية صقل مواهب الطفل وتزويده بالخبرات.
6. تشجيع إخوانه وأخواته للعب معه والسماح له بالاختلاط بالأطفال العاديين.
7. مشاركة الأم في الأعمال المنزلية والتحدث إليه ووصف كل ما تقوم به عن طريق الكلام.
8. اصطحاب الطفل الأصم عندما تقوم الأم أو يقوم الأب بزيارة الأقارب والجيران.
9. يستحسن تعليق صور ملونة مناسبة بالقرب من سريره كصور أفراد العائلة وأصدقائه وأقاربه وصور من الشارع الذي يعيش فيه وصور الحيوانات التي يحبها وتكتب تحتها كلمات أو جمل بسيطة.
10. يجب تشجيعه على أي مجهود كلامي يقوم به على ألا تصحح أخطاؤه دفعة واحدة وإنما يكفي أن يقوم دائماً بإعادة ما يقوله بطريقة سليمة لغوياً وبسيطة التركيب.

توصيات لمعلمي مرحلة الروضة لكيفية التعامل مع الطفل المعوق سمعياً:

مما يتوجب على مدرسي هذه المرحلة التحدث بصفة دائمة مع هؤلاء الأطفال وهم ينظرون إلى وجوههم وهذا يسهم في تعليم هؤلاء الأطفال مهارات كثيرة منها مثلاً إدراك الطفل لاسمه وتعرّفه عليه ويجب تعليمه القفز والوقوف والمشي مع تمثيل بشكل عملي ولفظي (قف ـ اجلس ـ امشِ) وهذه تسهم في وضع حجر الأساس لبناء لغة الطفل، كما تسهم في وضع قوى الطفل على بداية الطريق لقراءة الشفاه.

ومن الأهداف الرئيسة التي يجب على معلمي مرحلة سن ما قبل المدرسة تحقيقها ما يلي:

1. تزويد الطفل بخبرات في التعامل مع الآخرين، تتضمن المشاركة وانتظار دوره في اللعب (تزويده بخبرات التطبيع الاجتماعي).
2. تنمية قدرات الطفل اللغوية ومهاراته في الكلام وقراءة الشفاه.

3. مساعدة الطفل على الاستفادة بأقصى ما يمكنه من القدر المتبقي لديه من حاسة السمع، وذلك من خلال استخدامه للوسائل السمعية المعينة ومكبرات الأصوات.
4. تنمية معرفته بمفاهيم الأعداد.
5. تنمية ميوله واستعداداته لقراءة بعض الكلمات والتعبيرات بحيث تنمي مهارات القراءة.
6. تعويد الطفل على الجلوس والإنصات مع الاستعانة بالمعين السمعي.
7. تمكين الطفل من التعرف على اسمه مكتوباً.
8. تدريبه على محاولة كتابة اسمه.
9. تنمية مهارات جيدة في التميز البصري بحيث يمكن تمييز وجوه الاختلاف والتشابه بين ما يراه من صور وأشياء بحيث يتعرف على النواحي العامة منها أولاً ثم على النواحي الدقيقة وهذه مهمة بالنسبة للطفل الأصم نظراً لأنه لا بد أن يعتمد على بصره في تلقي معلومات كثيرة.
10. تنمية مهارات التناسق الحركي البصري، فتناسق اليد مع العين يعتبر مهماً في كثير من مجالات الحياة كمهارات الحياة اليومية (Ysseldyke & Algozzine, 1995);(Martin & Clark,2000).

الصعوبات التي يواجهها الطفل المعوق سمعياً عند التحاقه بالمدرسة:

عندما يلتحق الطفل الأصم بالمدرسة تجابهه صعوبات كثيرة تؤذيه وتضايقه، وتجعله ينفر من المدرسة في أول عهده بها، والواجب أن تراعي هذه الحالة بأن يهيأ نفسياً لذلك، وخاصة أنه سيبتعد عن أسرته فترة من الوقت، ومن تلك الصعوبات:

1. خلو ذهنه من الخبرات التي يحظى بها الطفل العادي عن اسمه وأسماء والديه وإخوته وأقاربه، وأسماء الأشياء التي يستعملها وأسماء الأدوات ومحتويات الفصل التي تبدو له غريبة غير مألوفة.
2. عدم التآزر بين السمع المفقود والبصر الموجود، فالصور التي يراها لا معنى لها، وليس لديه تفسير لها، ولا يعرف أين يضعها من المحسوسات الأخرى.

3. معيشته في عالم من السكون تجعله لا يتصور وجود عالم تكوّن الأصوات عناصر مهمة في تكوينه وضرورية للتعامل معه.
4. خوفه من الآخرين لأنه لا يفهمهم، ولا يفهمونه، وعدم قدرته على التجاوب معهم والاشتراك الإيجابي في نشاطهم.
5. اقتصار خبرته على المحسوسات الجزئية المرتبطة ببعض حواسه السليمة وبحياته العملية اليومية الصامتة.
6. نقص القدرة على إدراك الرموز والمعاني الكلية مثل خانات الأعداد والنسبة المئوية لأنها ليس لها مكان في حياته الحسية والذهنية (عبد الفتاح، 1996).

إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً:

1. التأكد من أن الطفل المعوق سمعياً ينظر إلى وجه المتكلم ويستمع إليه جيداً والتحدث معه عن قرب.
2. التكلم أمامه بطريقة واضحة ومفهومة وليس بصوت مرتفع.
3. تخصيص ساعة يومياً على الأقل للعب مع الطفل المعوق سمعياً والتحدث معه عن أي شيء يحبه ويهتم به ودون مقاطعته من أحد.
4. مساعدة الطفل المعوق سمعياً على تطوير لغته وعدم إجباره على الكلام.
5. عدم وجود مؤثرات صوتية كالتلفزيون والموسيقى والضجيج عند التحدث مع الطفل المعاق سمعياً.
6. قراءة الكتب التي يحبها الطفل المعاق سمعياً والتي تكون مليئة بالصور المفيدة.
7. محاولات دائمة لتعليم الطفل المعوق سمعياً كلمات جديدة وفي مواقف طبيعية.
8. استغلال البقايا السمعية لديه مهما كانت قليلة (القمش، 2000، ص: 166).
9. استخدام الحديث وجهاً لوجه قدر الإمكان.
10. تشجيع الطفل الأصم على القيام بالأنشطة المستقبلية وتعليمه المهارات الاجتماعية (Smith, 2001).

الفصل الرابع
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإعاقة البصرية

- مقدمة .
- تعريف الإعاقة البصرية .
- شيوع الإعاقة البصرية .
- تصنيف الإعاقة البصرية .
- أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية) .
- خصائص المعوقين بصريا .
- علاقة تقدير الذات بالتحصيل الأكاديمي للمعوقين بصرياً .
- الحاجات التربوية للمعوقين بصريا .
- المقومات الأساسية للبرنامج للمعوقين بصرياً .
- الوقاية من الإعاقة البصرية .
- أهم الأدوات والوسائل المعينة التي يستخدمها المكفوفون وضعاف البصر .
- تكنولوجيا المعلومات والإعاقة البصرية .
- المنطلقات الواجب اتباعها لتفعيل عملية تعليم ذوي الحاجات الخاصة .
- نماذج من برنامج التدخل المبكر للمكفوفين لتطوير حواسهم .
- البدائل التربوية لذوي الإعاقة البصرية .
- إرشادات للمبصرين في كيفية التعامل مع المعوقين بصرياً .
- البرامج التربوية والأساليب العلاجية للصم المكفوفين .
- متطلبات التعامل مع الصم المكفوفين .
- مشاكل وحاجات الطفل الأصم المكفوف (تمثيل الحواس) .

الفصل الرابع
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإعاقة البصرية

مقدمة:

تعد حاسة البصر من أهم حواس الإنسان على الإطلاق، والفرد الذي يعاني من مشاكل بصرية، تصبح فرصته المتاحة للتواصل مع البيئة والتعلم العرضي أقل بكثير من أقرانه المبصرين، ومع أن الفرد في هذه الحالة يعوض عن فقدان حاسة البصر بحاستي السمع واللمس، لكن التعويض لا يكفي ولا يكون بديلاً تماماً عن حاسة البصر، إن الحرمان من حاسة البصر في النهاية، يحرم الفرد من معظم خبراته الحياتية المتعلقة باللون، والشكل، ومن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء، وبالتالي مشكلات في التعلم. وبالإضافة إلى ذلك فإن الحرمان من حاسة البصر أو ضعفها تحد من قدرة الفرد المصاب على الاستفادة من المادة المكتوبة من جهة، وتقلص قدرته على الانتقال والمشاركة والتفاعل في النشاطات المدرسية المختلفة من جهة أخرى.

ويعدّ إتقان مهارات التواصل لدى المعوقين بصرياً أساساً لفاعلية التدخل التربوي والتأهيلي معهم، حيث يختلف المعلمون والمهنيون فيما بينهم حول أفضل المهارات التي يجب استخدامها من أجل التواصل مع الأفراد المعوقين بصرياً فمنهم من يعتقد بأهمية التواصل باستخدام الحواس المتبقية لديهم لا سيما حاسة اللمس لمساعدة هؤلاء الأفراد وتهيئتهم للعيش في مجتمع المبصرين، أما البعض الآخر فيرى أن التواصل من خلال لغة برايل هو الأساس لكي يتم استخدامها مع الذين لديهم إعاقة بصرية ومع المعلمين مما يساعدهم على الاندماج في المجتمع.

تعريف الإعاقة البصرية:



لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة البصرية، أهمها:

1. التعريف القانوني **Legal Definition**: لقد ظهر التعريف القانوني للإعاقة البصرية قبل ظهور التعريف التربوي ويشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية على أن الشخص الكفيف، من وجهة نظر الأطباء، هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره Visual Acuity عن (200/20) قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة (20) قدماً حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذا التعريف.
2. التعريف التربوي **Educational Definition**: أما التعريف التربوي فيشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة بريل Braille Method (الروسان، 2001، ص: 151). كذلك وضعت باراجا (Paraga,1976) تعريفاً تربوياً للمعاق بصرياً يقول: إن الطفل المعاق بصرياً هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية.
3. التعريف الوظيفي **Functional Definition**: وقد اقترح هذا التعريف العالم هارلي (Harly, 1971) ويشير إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة بريل (الجوالده والقمش، 2012).

شيوع الإعاقة البصرية:

تعتبر الإعاقة البصرية من الإعاقات قليلة الحدوث مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى ففي الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة المعوقين بصرياً حوالي (1٪) من مجموع السكان وتشكل الإعاقة البصرية ما نسبته (5٪) من فئات التربية الخاصة المختلفة (Demott, 1982).

تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيستين:

الأولى: مجموعة المعاقين بصرياً كلياً Totally Blind: وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقين بصرياً جزئياً Bartially Sighted: وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة إبصار هذه المجموعة ما بين (70/20) إلى (200/20) قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية (الروسان، 1994، ص: 309).

وهناك تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر، وحسب ذلك التصنيف يمكن أن نميّز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية:

1. فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.
2. فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.
3. فقد بصر جزئي ولادي.
4. فقد بصر جزئي مكتسب.
5. ضعف بصر ولادي.
6. ضعف بصر مكتسب (Hallahan & Kauffman, 1991).

أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية):

هنالك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية وأكثرها انتشاراً ما يلي:

1. طول النظر Hyperopia:

حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية، ويعود السبب في طول النظر إلى قصر عمق كرة العين. بحيث تكون نقطة تمركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية، وبذلك لا تتكون الصور للأشياء القريبة، أما الأشياء البعيدة فيمكن رؤيتها بسهولة، لذلك نجد الطالب الذي يعاني من طول في النظر أثناء القراءة يميل إلى وضع الكتاب أمامه على مسافة أبعد من بقية الطلبة، ويمثل الشكل (4/1) حالة طول النظر.

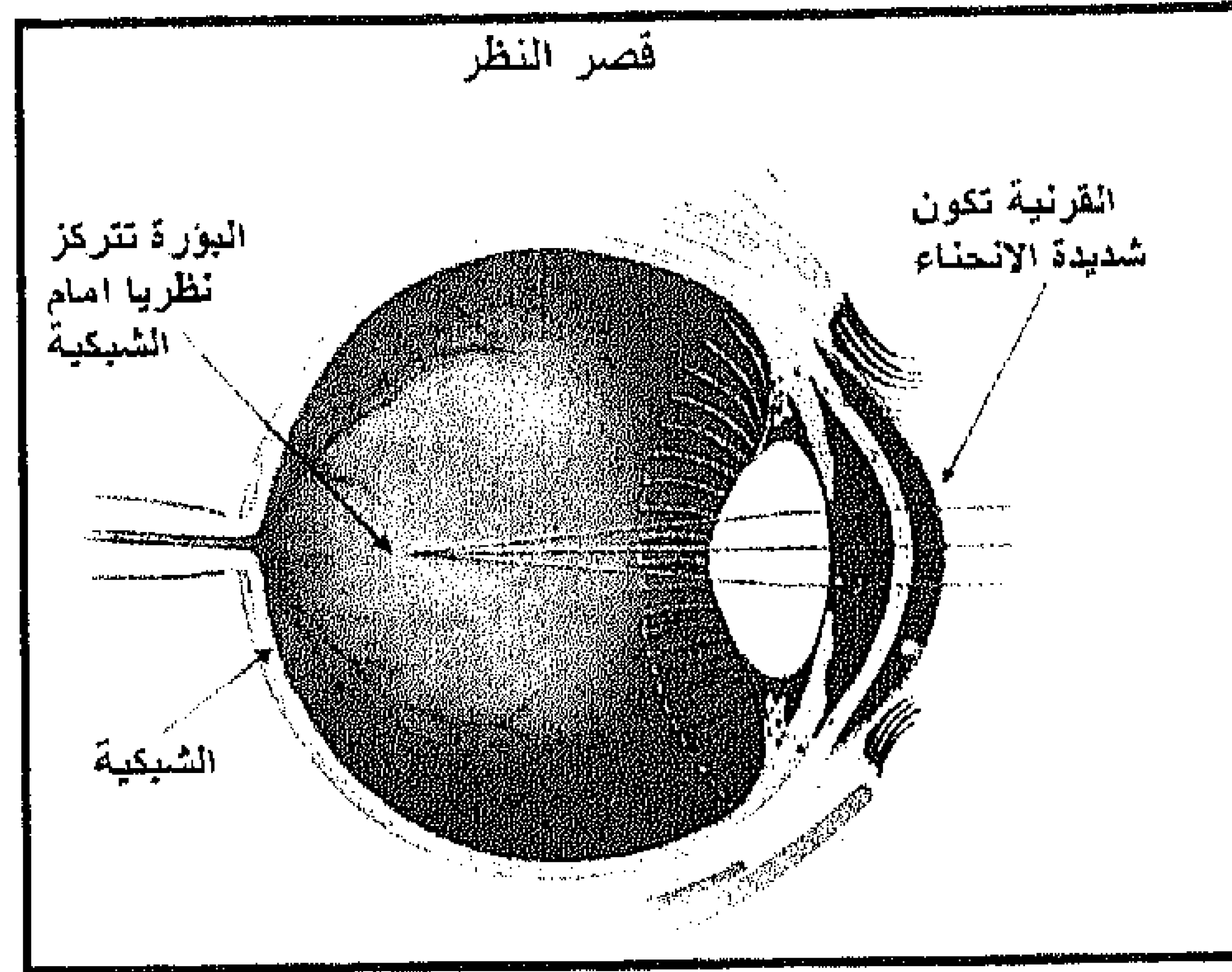


شكل رقم (4/1)

حالة طول النظر

2. قصر النظر Myopia:

وهي حالة عكس طول النظر، حيث إن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة، وتكمن المشكلة في أن عمق كرة العين من المقدمة للخلف يكون كبيراً مما يجعل الشعاع الساقط من المرئية ينكسر ليتجمع خارج الشبكية (انظر الشكل 4/2).



شكل (4/2)

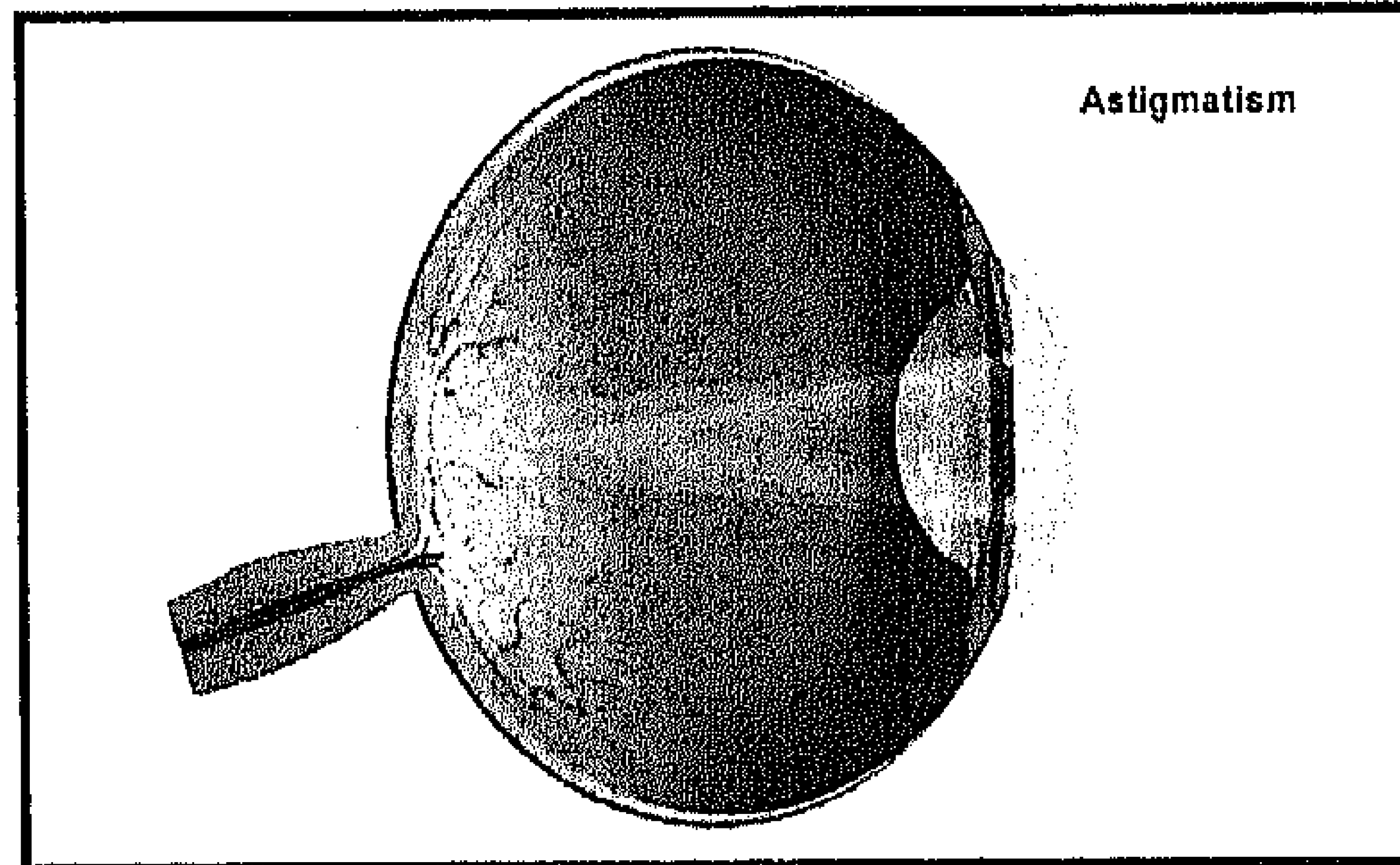
حالة قصر النظر

وعلى عكس زملائهم الآخرين نجد أن الطلبة الذين يعانون من قصر النظر يقربون المادة المقروءة من أعينهم بشكل غير مألوف.

على أية حال فإن حالات طول النظر وقصر النظر والتي تعتبر من أكثر الصعوبات البصرية شيوعاً يمكن التغلب عليها باستخدام النظارات والعدسات اللاصقة.

3. اللابؤرية Astigmatism:

وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما، حيث يتشتت الضوء بشكل يؤدي إلى عدم وضوح الصورة، وفي معظم الحالات يمكن علاج هذه الحالة عن طريق الجراحة أو العدسات اللاصقة (انظر الشكل 4/3).



شكل (4/3)

حالة اللابؤرية

4. الجلاكوما Glaucoma:

أو ما يشار له عادة (الماء الأزرق) وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الرطوبة المائية)، داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر.

وإذا لم تكتشف هذه الحالة مبكراً وتعالج فإن الضغط قد يتطور إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه والإصابة بكف كلي للبصر، وتتمثل أعراض هذه الحالة بالفقدان التدريجي لقوة الإبصار، وألم في العين وصداع، وتخف مواجهة الضوء، وتكون هالات ملونة حول الأضواء، وعلى الرغم من أن الجلاكوما تشيع في الغالب بين كبار السن إلا أن هنالك الجلاكوما الخلفية التي يمكن أن تكون وراثية، أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع العدوى كالحصبة الألمانية.

5. عتامة عدسة العين Cataract:

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد)، وينتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها، والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة، ويشير الأطباء إلى أن (75٪) من المصابين بعتامة عدسة العين تحدث بعد سن (65 سنة)، وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة به، إذ إن هنالك حالات من الماء الأبيض الخلقي أو حالات تنتج عن ضربة شديدة للعين، أو تعرض العين للمواد الكيماوية السامة، أو الحرارة الشديدة.

وتتلخص أعراض عتامة عدسة العين، بعدم وضوح الرؤية والإحساس بأن هنالك غشاوة على العينين مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر، ومن أبرز الأعراض أيضاً الحساسية الزائدة للضوء والوهج وتغير لون بؤبؤ العين، ويتم علاج الماء الأبيض عن طريق الجراحة حيث تستأصل العدسة ويزرع مكانها عدسة بلاستيكية، أو تستخدم العدسات اللاصقة أو النظارات.

6. الحول Strabismu:

وهو اختلال في وضع العين أو إحداهما، مما يؤدي إلى صعوبة في رؤية بالإضافة إلى إرهاق للعين، أو قد يكون الحول عرضاً من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية.

7. انفصال الشبكية Retinal Detachment:

وهو انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، ومن ثم ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تصل بها، وبسبب انفصال الشبكية، يشعر الفرد بضعف في مجال الرؤية وآلام شديدة.

8. توسع الحدقة Aniridia:

ويحدث بسبب تشوه ولادي، تتسع فيه الحدقة نتيجة لعدم تطور القزحية، يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء وضعف بصر.

9. تنكس الحفيرة Macular Degeneration:

خلل في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة، يسبب صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة، والأشياء القريبة، وفقدان بصر مركزي.

10. البهق Albinism:

يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة، مما يؤدي إلى عدم امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية، وسبب البهق هو خلل في البناء بحيث يكون جلد الشخص وشعره أبيضاً وعيناه زرقاوتين، والقزحية تكون شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء.

11. الرأرأة Nystagmus:

وهي عبارة عن حركات لا إرادية سريعة في العين، مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي، وغالباً ما تربط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.

12. التهاب الشبكية الصباغي Retinitis Pigmentosa:

يحدث تلف في العصب في الشبكية بشكل تدريجي، وهو مرض وراثي يصيب الذكور بنسبة أعلى من الإناث، ونتيجة لذلك، يحدث لدى الفرد عمى ليلي ثم يصبح مجال الرؤية محدوداً بالتدريج (Wang,2008) (الصمادي وآخرون، 2003).

خصائص المعوقين بصرياً:

تجدر الإشارة إلى أن المعوقين بصرياً هم كغيرهم من الأفراد ليسوا مجموعة متجانسة، إذ إن بينهم فروقاً فردية، ويختلفون في خصائصهم واحتياجاتهم تبعاً لطبيعة الصعوبة البصرية ودرجتها، والسن التي حدثت فيها، وفيما يلي عرض لأبرز الخصائص المميزة للمعوقين بصرياً كمجموعة، كما أظهرتها نتائج الدراسات المختلفة والملاحظات الإكلينيكية:

أولاً: الخصائص الجسمية

هناك قصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية، ونظراً لإحجام معظم المعوقين بصرياً عن المشاركة في الألعاب التي تتطلب سرعة في الأداء واستخداماً للعضلات الكبيرة كمسابقات الجري أو كرة القدم فإنهم يتعرضون إلى خلل في توازن استهلاك الطاقة وقد يكون فيما سبق تفسير لظاهرة السمنة في أوساط المكفوفين، **وهذا القصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً يرجع إلى الأسباب التالية:**

1. نقص الخبرات البيئية والذي ينتج عن:
   أ. محدودية الحركة.
   ب. نقص المعرفة بمكونات البيئة.
   ج. نقص في المفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرون.
   د. القصور في تناسق الإحساس الحركي.
   هـ. القصور في التناسق العام.
   و. فقدان الحافز للمغامرة.

2. عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.
3. قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.
4. الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور والتي تعيق الطفل عن اكتساب خبرات حركية مبكرة.
5. درجة الإبصار، حيث تتيح القدرة على الإبصار للطفل فرصة النظر إلى الأشياء الموجودة في بيئته والتعرف على أشكالها وألوانها وحركتها مما يؤدي إلى جذب وإثارة اهتمامه بها فيدفعه هذا إلى التحرك نحوها للوصول إليها، فيساعد ذلك على تنمية وتدريب مهاراته الحركية في وقت مبكر، أما في حالة الطفل المعاق بصرياً فإن عدم رؤيته للأشياء الموجودة في بيئته يحد من حركته الذاتية باتجاه الأشياء وذلك لغياب الاستثارة البصرية (سيسالم، 1988).

ومن الخصائص المميزة للسلوك الحركي لدى المكفوفين ما يعرف بالسلوك الحركي النمطي أو اللزمات الحركية Stereotypic Behaviors ومثال ذلك الحركة المستمرة بالجزء العلوي من الجسم إلى الأمام والخلف Rocking، أو استمرار فرك العينين، أو اللعب بالأصابع، أو ضرب الركبتين ببعضهما أثناء الجلوس وما شابه ذلك من حركات، وفي السابق كان يعتقد أن مثل هذا السلوك النمطي يقتصر ظهوره في أوساط المعوقين بصرياً لكنه في الحقيقة يظهر أيضاً لدى المعاقين عقلياً والأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية (القريوتي وآخرون، 1995).

ثانياً: الخصائص العقلية "المعرفية"

فيما يتعلق بالقدرة العقلية لدى الأفراد المعوقين بصرياً، فإنه لا بد من الإشارة أن هناك صعوبة في قياس ذكاء هؤلاء الأفراد بدقة، إذ إن معظم اختبارات الذكاء لا يمكن تطبيقها عليهم بسبب عدم ملاءمتها، وعدم دقتها، لأن الاختبارات المتوافرة قننت واشتقت معاييرها على الأفراد المبصرين، إن بعض الفاحصين يستخدمون الجانب اللفظي في مقاييس الذكاء المشهورة كاختبار وكسلر للتعرف على ذكاء المعوقين

بصرياً. وتشير كثير من الدراسات إلى أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء الأفراد المعوقين بصرياً والمبصرين.

هذا ويظهر الأفراد المعوقين بصرياً مشكلات في مجال إدراك المفاهيم، والتصنيف للموضوعات المجردة، على العكس من الانتباه السمعي والذاكرة السمعية التي يتفوقون فيها، وتشير الدراسات إلى أن المعوقين بصرياً لديهم معلومات أقل عن البيئة وأقل قدرة على التخيل، والتأخر في تعلم المفاهيم مقارنة بالمبصرين.

تختلف درجة تأثير الإعاقة البصرية على النمو العقلي تبعاً لشدة الإعاقة. فضعف البصر الذي يسمح بدرجة ولو قليلة من الرؤية يؤدي إلى تغيرات ذات أهمية فيما يتعلق بالمعلومات المتوافرة للطفل المعوق بصرياً، على عكس كف البصر الذي يحرم الطفل من الحصول على المعلومات من البيئة. من هنا، **فإن برامج المعوقين بصرياً في هذا المجال تركز على تشجيع ضعاف البصر، أو من لديهم رؤية متبقية**، أن يتم استخدامها بأقصى درجة ممكنة. هذا بالإضافة إلى أن ردود فعل الأهل يمكن أن تسهم أيضاً في الحد من النمو العقلي، عن طريق الحماية الزائدة التي تمنع الطفل من القيام بسلوك مستقل للتعرف على البيئة (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 121 ـ 122).

ثالثاً: الخصائص اللغوية

تعد اللغة من الوسائل الأساسية والمهمة في الحياة الاجتماعية بشكل عام، فهي وسيلة للإنسان للتعبير عن رغباته، وأحاسيسه، ومواقفه، وتبادل الآراء والمشاعر...... إلخ. كما أن اللغة تعتبر أيضاً من الأدوات المؤثرة في الناس وآرائهم وبناء العلاقات وتوثيق الروابط بين أفراد العائلة الواحدة والمجتمع الواحد والمجتمعات المختلفة، وقد يقاس تمدن الإنسان وتحضره بالطريقة التي يقوم باستخدام اللغة في التعبير عن آرائه وأفكاره وخبراته، والتي قد يستفيد منها الآخرون مما قد يولّد الإبداع والمشاركة في تحقيق التطور الفكري المتحضر والراقي (المعتوق: 1996؛ 34 ـ 35) (O,Reily,2003).

رابعاً: الخصائص الاجتماعية والانفعالية

يجدر بالذكر أن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة، على الرغم من معاناتهم المشتركة من المشاكل البصرية باختلاف مسبباتها ودرجة شدتها من فرد إلى آخر، فالبعض منهم يعاني من فقدان كلي للبصر، ومنهم من يعاني من فقدان جزئي للبصر، ومنهم من يعاني من مشاكل بصرية أخرى، وقد أدى عدم التجانس إلى تنوع الأساليب والأدوات التي تستخدم في تربية وتعليم وتأهيل هذه الفئة.

وبيّنت أندنوفا (Andonova,2000) أن التوافق الاجتماعي يتأثر للمعوق بصرياً بفرص التفاعل الاجتماعي المتاحة من جهة ودرجة تقبل أو تكيف الفرد مع إعاقته من جهة أخرى، وتعتبر الاتجاهات الاجتماعية حيال المعوقين بصرياً وطبيعة التدريب الذي تلقاه المعوق بصرياً من العوامل الأساسية في إغناء فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة. وفيما يتعلق بالاتجاهات الاجتماعية السائدة حيال المعوقين بصرياً في المجتمعات الغربية فهي متناقضة في نتائجها، ويصعب على المبصرين التعرف على المعوقين بصرياً عن كثب حتى يتوصلوا إلى درجة أكثر موضوعية عن قدراتهم وإمكاناتهم، أما فيما يتعلق بطبيعة التدريب الذي يتلقاه المعوق بصرياً الذين يتلقون خدمات تربوية في المدارس العادية أكثر توافقاً ممن يوضعون في مدارس التربية الخاصة أو المدارس الداخلية.

إن التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية لا يقوم فقط على الاتصال اللفظي، وحتى الاتصال اللفظي نفسه يتضمن الكثير من المضامين الرمزية التي يعبر عنها بتغيرات الوجه والعيون والإشارات، والتي تضفي على التواصل اللفظي معنى وقيمة أكبر والمعوقون بصرياً بحكم طبيعة إعاقتهم يواجهون قصوراً في مختلف أنماط ذلك التعبير الرمزي غير اللفظي (الأدائي) كالمهارات الموسيقية.

الإعاقة البصرية تؤدي إلى معيقات، تؤثر في السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأفراد، مما يهدد نوعية واستمرار العلاقات بين أفراد الأسرة والأصدقاء، حيث يعد

السلوك التكيفي العامل المهم في عمليات التوافق، وخاصةً أن الإعاقة تضيف ضغوطات وصعوبات تؤثر في قدرة الفرد على الاستمرار.

تلعب البيئة التي يعيش فيها الأفراد ذوي الإعاقة البصرية دوراً مهماً في نمو شعورهم بالعجز، فإما أن تتم معاملتهم بطريقة يغلب عليها سمتا المساعدة والمعاونة المشوبتان بالإشفاق، وإما أن تتم معاملتهم بطريقة تغلب عليها سمات الإهمال وعدم القبول، وكلتا الطريقتين غير محبذة، حيث من المستهدف شمولية هذه الفئة في المجتمع، بما لها، وبما عليها (الإمام والجوالده 2009). وتوجد جملة من المؤشرات قد تعيق تكيف الفرد في بيئته منها مقاومة التغيير من قبل الفرد ذاته، والأفكار السلبية التي يحملها، والمشاعر اللاعقلانية، والنظرة الدونية، والاعتمادية التي ترافق حالة فقدان البصر (Tuttle & Tuttle, 1996).

إن الفرد المعاق بصرياً قد يشعر بالدونية لمجرد إحساسه بأنه لا يستطيع الاكتفاء بذاته وأن عليه الاعتماد على المبصرين من حوله، على الرغم من أن هؤلاء الأفراد يمكن أن يصبحوا فاعلين في المجتمع لدى تطوير استقلاليتهم وتفعيل قدراتهم وإمكاناتهم العقلية (Huurre,2000).

ويستطيع الأهل مساعدة أطفالهم ذوي الإعاقة البصرية في مواجهة الصعوبات الطارئة في مسيرة واقعهم، بسبب فقدان البصر وتنشيط التفاعل والتواصل معهم عن طريق إشارات اللمس والصوت منذ لحظة الولادة، وقد يؤدي منع وصول إشارات اجتماعية إلى الطفل الكفيف إلى عدم اشتراكه في استقبال التفاعلات، ويمنع غياب التغذية الراجعة من الآخرين الطفل الكفيف من اكتشاف كيف يفهم من حوله ؟، فهو يتعلم الحكم على اهتمام من حوله عن طريق نبرة صوتهم وقربهم بدلاً من التعبيرات غير اللفظية (Rogow,1999).

إن نقص البصر قد يكون منذ بدء الحياة، ويتوقف أثر هذا النقص وكما يقول كيف (Kef,2002) في نمو الشخصية على الوقت الذي تبدأ فيه الإصابة، وقد تؤثر على النمو الوجداني والنمو الاجتماعي في مراحل متتالية، ويذكر ساكس وولف

(Sacks & Wolff,1998) أن البرامج المبكرة لها من الأهمية بمكان، فإذا لم تقدم بالصورة الملائمة فقد ينشأ لدى المعاق بصرياً خوف ورهبة ويشعر بالخجل ويميل إلى الانطواء وعدم الانسجام مع الآخرين.

وقد أشار بيرلي (Bireley ,1991) أن الأطفال الموهوبين ذوي الإعاقات هم أفراد لديهم قدرات متميّزة وإمكانات كامنة، وقادرون على التحصيل والإنجاز العالي رغم إعاقاتهم في السمع أو الكلام والرؤية أو الحركة، إن الخدمات الخاصة لهؤلاء الأفراد؛ تخضع لتقييم فردي لكل طفل على حدة؛ من حيث إعداد برنامج تعليمي يسهم في مساعدة الأطفال على تصحيح ومعالجة نقاط الاحتياج لديهم، وهذا يمثل تعويضاً للأطفال عن حالة عجزهم وقُصورهم، وتُحقّق لهم الانتباه والاهتمام بطاقاتهم، وتستهدف تنميةً لمواهبهم كأفراد لهم خصوصياتهم، وتكشف الستار عنها معلنةً وجودها رغم وجود الإعاقة، وأن الأطفال ذوي الإعاقات في السمع أو البصر أو صعوبات وراثية أخرى في حاجة إلى مُتخصّصين ومُدربين للتعامل مع تلك الإعاقات حيث ينظر لهم من قبل أغلب المعلمين، بأنهم أصحاب عاهات، لا يمكن أن يخرج منهم ابتكارات، أو يكون لديهم مواهب، مما يحجب أنظارهم عن المواهب الإيجابية للأطفال، وعلى الرغم من أن المواهب الكامنة داخل كل فرد إلا أنها بحاجة إلى بيئة ملائمة لكشف ما هو كامن لدى كل فرد، فمن يتمتعون بالقدرات العالية إن لم يجدوا البيئة المعينة على إبراز مواهبهم، وتفجير طاقاتهم فإن هذه الموهبة تضمحل وتقترب من الضمور، وهذا في حد ذاته من معيقات التكيف مع مقدرات الحياة (Chieger,1990).

علاقة تقدير الذات بالتحصيل الأكاديمي للمعوقين بصرياً:

يكاد التفاوت في تحصيل المعاقين بصرياً يتناظر مع التفاوت القائم بين أفراد المجتمع، فبعضهم قد يكون متفوقاً وموهوباً بينما يعاني آخرون من المشكلات تعليمية، ذلك أن التحصيل الأكاديمي يرتبط بعوامل اجتماعية وثقافية وأسرية أكثر من ارتباطه بالإعاقة البصرية نفسها شريطة تأمين طرق التدريس المناسبة لشدة الإعاقة

والمعنيات المناسبة، ويلاحظ على المعاقين بصرياً نزعتهم إلى التحصيل في بعض المجالات بمستوى أعلى من مجالات أخرى، فهم لا يحصلون تحصيلاً جيداً في رياضيات إذ يقل تحصيلهم من (8 ـ 27٪) عن تحصيل المبصرين في المهارات الرياضة الأساسية، أما تحصيلهم في الموضوعات الأدبية فقط كان بمستوى تحصيل زملائهم المبصرين، وفيما عدا ذلك يلاحظ بأن علاماتهم في اختبارات الذكاء يمكن أن تنخفض بسبب بطئ سرعتهم في القراءة أو في الكتابة أو ربما من الخوف من ارتكاب لأخطاء، ولا غرو في أن تكون هذه النتيجة صحيحة في الاختبارات المؤقتة.

وتخلق طرق التدريس صعوبة أخرى عندما يعتمد تدريس العلوم والرياضيات وغيرهما من الموضوعات على المعينات البصرية، ويلاحظ على المعاقين بصرياً أنهم يرمزون المعلومات الفراغية بشكل مختلف، فبينما يعتمد المبصرون على العروض البصرية يعتمد المعاق بصرياً على عوامل الحركة، فلكي يدرك المعاق فكرة ارتفاع البالون في الهواء مثلاً ينبغي أن يشعر بحركته إلى الأعلى بربطه بيد المعاق بخيط، ويعاني بعض المعاقين بصرياً من مشكلات تعليمية ترجع إلى ضعف التصور البصري أو ضعف الذاكرة البصرية، فضعف القدرة على ضبط حركة العين وعدم القدرة على التركيز يمكن أن تتخلل في دقة الإدراك وسرعة الإدراك البصري، والتوجه في المكان والإدراك الخلفي والصورة.

الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً:

يمكن تلخيص أبرز الحاجات التربوية الخاصة بالأفراد المعوقين بصرياً بما يلي:

أولاً: مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل

طريقة برايل (Braille) عبارة عن نظام كتابة الحروف عن طريق النقط النافرة، وسميت هذه الطريقة باسم مبتكرها الفرنسي **لويس برايل**، وتتم الكتابة بطريقة برايل عن طريق خلية من ست نقاط تشير إلى حرف ما حسب النقط النافرة من تلك الخليّة، فعلى سبيل المثال يشير الشكل (4/4) إلى رموز الأبجدية الإنجليزية، بطريقة برايل، ويشير الشكل (4/5) إلى خلية طريقة برايل.

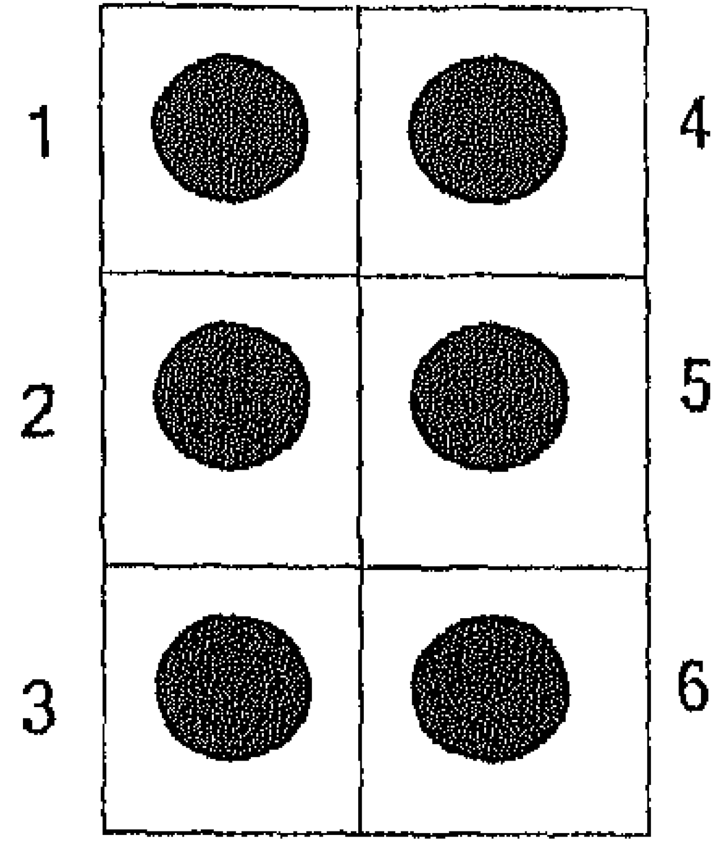
ALPHABET BRAILLE

LETTRES 1er GROUPE (1 2 3 / 4 5 6)	a b c d e f g h i j
2ème GROUPE = 1er Gr. + pt 3	k l m n o p q r s t
3ème GROUPE = 1er Gr. + pts 3 et 6	u v x y z ç é à è ù
4ème GROUPE = 1er Gr. + pt 6	â ê î ô û ë ï ü œ w
CHIFFRES = signe numérique + 1er Gr.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
PONCTUATION = 1er Gr. abaissé sur les pts 2-3-5-6	, ; : . ? (( ) « * »
AUTRES SIGNES	apostrophe ou abréviation, trait d'union, majuscule, italique, fin de vers

A	F	K	P	U	Z
B	G	L	Q	V	AND
C	H	M	R	W	OF
D	I	N	S	X	FOR
E	J	O	T	Y	THE

شكل (4/4)

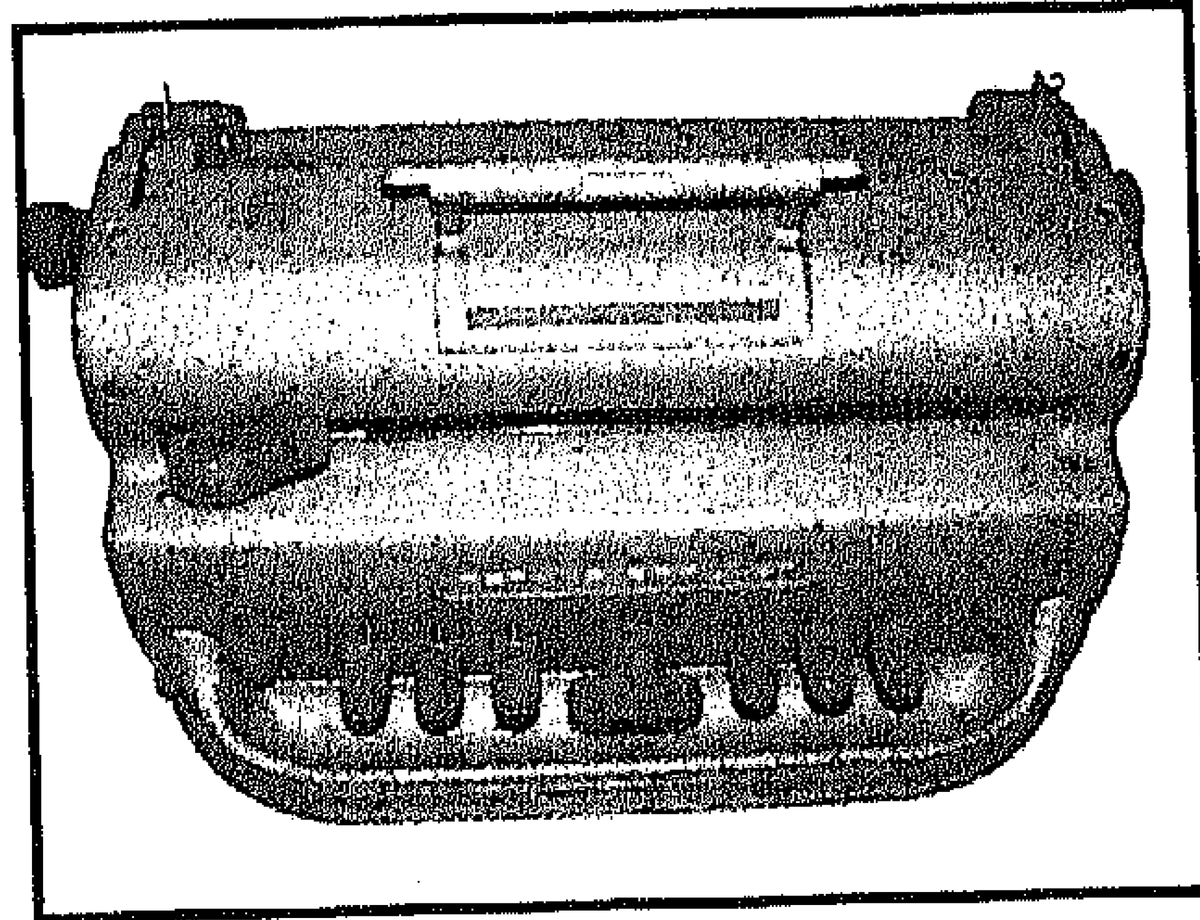
رموز الأبجدية الإنجليزية بطريقة برايل



شكل (4/5)

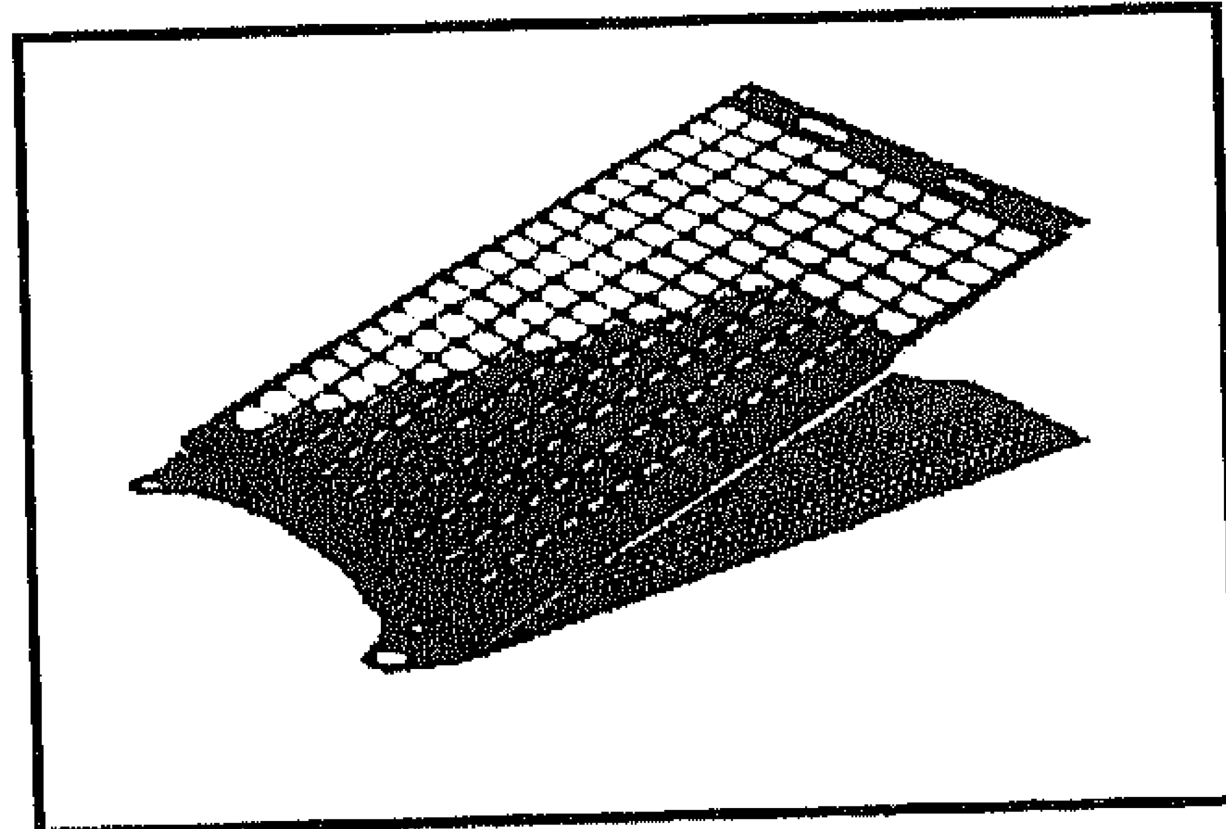
خلية النقاط البارزة

يقوم الكفيف بقراءة برايل عن طريق اللمس، كما يمكن أن يستخدم أدوات معينة في كتابة برايل، ومنها الآلة المعروفة باسم آلة الطباعة بيركنز Berkins Brailler وآلة المسطرة والمخرز Stat & Stylus انظر الشكل رقم (4/6) (4/7).



شكل رقم (4/6)

آلة الطباعة بيركنز Berkins Brailler

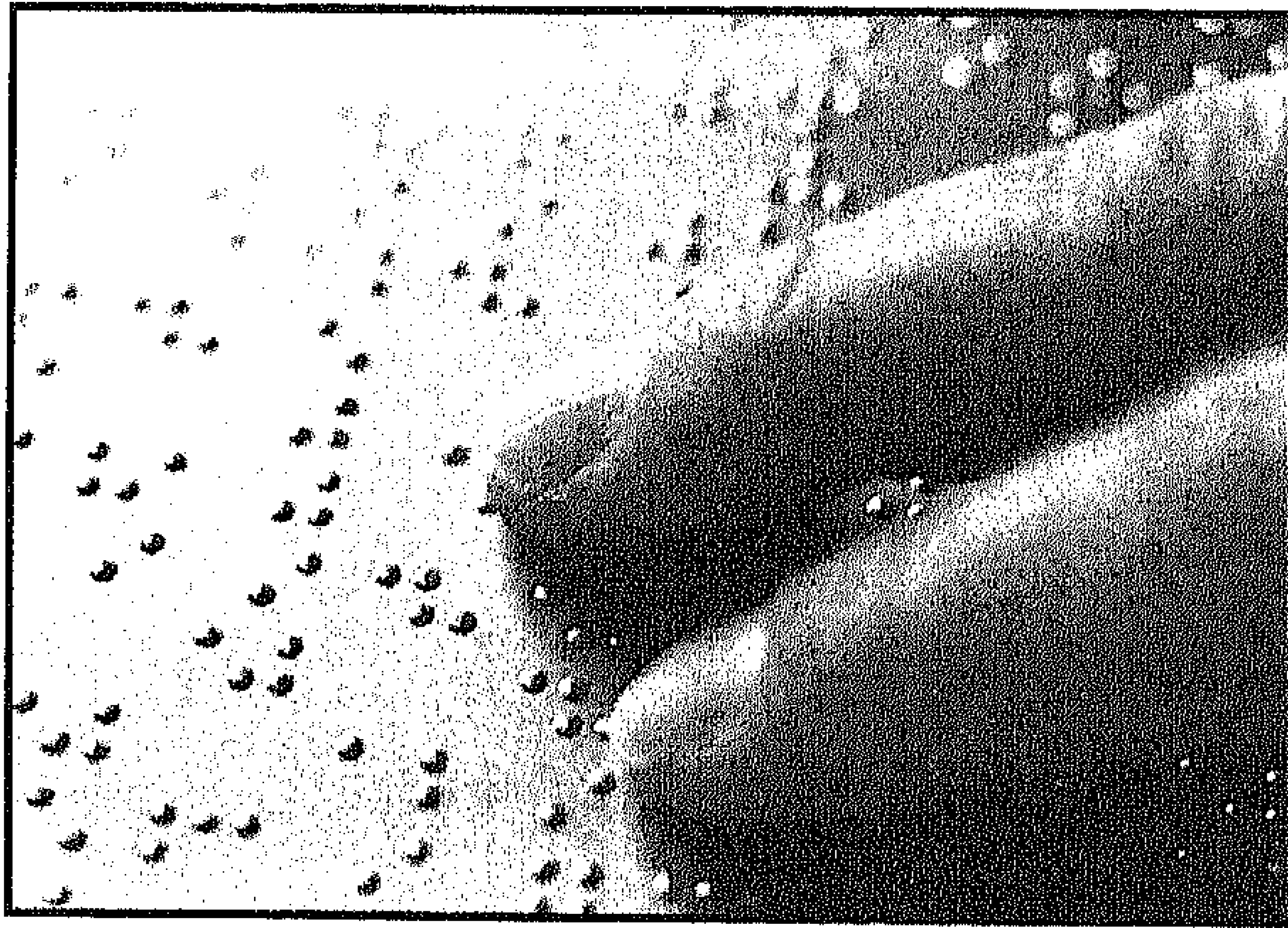


شكل رقم (4/7)

آلة المسطرة والمخرز Stat & Stylus

ومن الجدير بالذكر أن هنالك ورقاً خاصاً لكتابة برايل، هذا ويجب البدء بتعليم الكفيف برايل، مع بداية دخوله المدرسة، وملاحظة أن الطالب يحتاج إلى سنوات عدة لإتقانها، وحتى عندما يتقن الطالب القراءة والكتابة بطريقة برايل، فإن سرعته في أداء ذلك تبقى أقل بكثير من سرعة المبصرين في الكتابة والقراءة، ويقدر معظم الباحثين أن الطالب الذي يتقن طريقة برايل قراءة وكتابة لا تتجاوز سرعته في أحسن الحالات نصف سرعة المبصرين، ويكفي أن نذكر أننا حينما نقرأ تقع أعيننا على الكلمة بشكل كلي وننتقل للتي تليها، لا بل في كثير من الأحيان نقرأ أكثر من كلمة في نفس اللحظة. بينما الكفيف يحتاج لأن يتلمس ما يقرأه حرفاً حرفاً ومن ثم يجمعه في كلمة واحدة.

ومن المشكلات الأخرى المرتبطة بطريقة برايل، هي كبر المساحة اللازمة للكتابة من جهة وسمك الورق اللازم، مما ينجم عنه آن كتيباً صغيراً قد تتطلب كتابته ببرايل إلى مجموعة من الأوراق قد يصل سمكها إلى (20) سم، وقد يصل وزنها إلى (1) كلغم مما يشكل عبئاً على التلميذ.



ورق خاص لكتابة برايل

ولتسهيل تواصل الكفيف مع الآخرين من المهم أن يتم تعليمه الطباعة على الآلة الكاتبة العادية، حتى يستطيع أن يخاطب المبصرين كتابياً في الحالات التي تستدعي ذلك.

أما فيما يتعلق بتعليم القراءة للمكفوفين باستخدام لغة برايل، فإنه يتم البدء فيها بتنمية الاستعداد للقراءة عن طريق تعليم أصوات الحروف، ثم مقارنة الصوت بالرموز اللمسية، ومتابعة سطور برايل من اليسار إلى اليمين، وفي مرحلة القراءة، يجب تدريب الطالب الكفيف على استخدام اليدين عند بداية السطر من الجهة اليسرى مع المحافظة على دفء اليدين عند القراءة، يحرك الطالب يديه على السطر نحو الجهة اليمنى، وعند وصوله إلى منطقة منتصف السطر، تستمر اليد اليمنى بالقراءة بينما تتراجع اليد اليسرى إلى جهة اليسار وتنخفض بغية تحديد بداية السطر التالي، وعند انتهاء اليد اليمنى من قراءة السطر الأول تتجه إلى مكان اليد اليسرى في بداية السطر التالي، وفي تلك الأثناء تكون اليد اليسرى قد جعلت الطالب قادراً على معرفة ما هو مكتوب، وهكذا تستمر القراءة من سطر إلى آخر حتى نهاية الصفحة مما يساعد الطالب الكفيف على التعرف على كل سطر وتكون عملية القراءة سلسلة ومتصلة.

ثانياً: تدريب الحواس الأخرى والبصر المتبقي

لتعويض فقدان حاسة البصر لدى المعوق بصرياً يجب العمل على تدريب الحواس الأخرى، ومن أهم الحواس الأخرى التي يجب التدريب عليها حاستا السمع واللمس إذ إن الكفيف يعتمد عليهما بشكل كبير إلى جانب الحواس الأخرى في الاتصال بالعالم الخارجي والمحيط به.

ويعتقد البعض خطأ أن هاتين الحاستين تتطوران تلقائياً لدى الكفيف، وفي حقيقة الأمر فإن الكفيف بحاجة إلى تدريب منظم لتنميتها. ففي المجال السمعي يتم تدريب الكفيف على تمييز الأصوات ومهارات الإصغاء، وكذلك الحال بالنسبة لحاسة اللمس حيث يتم تدريبه على استكشاف الأشياء عن طريق اللمس وتنمية درجة التمييز اللمسي لديه خاصة وأن قراءة برايل تتطلب درجة عالية من التمييز اللمسي برؤوس أصابع اليد.

وتختلف طبيعة التدريب الحسي المقدم باختلاف العمر، ففي مراحل الطفولة المبكرة، قد ندرب الأطفال في المجال السمعي على التمييز بين الأصوات القريبة

والبعيدة، وفي اتجاهات مختلفة بالنسبة للشخص، والأصوات المرتفعة والمنخفضة، والنغمات المختلفة للصوت، كما ندربه على تمييز أصوات الأشياء والموضوعات المختلفة في بيئته، كالتعرف على أصوات الحيوانات المختلفة أو الأصوات الصادرة عن وقوع أشياء مختلفة.

أما في مراحل الدراسة المتقدمة (الإعدادية والثانوية) فنركز في تدريبه على مهارات الإصغاء واكتشاف الأصوات والتدريب على المتابعة السمعية وعلى التركيز السمعي.

أما في مجال حاسة البصر نفسها فإن الكثير من المعوقين بصرياً لديهم بقايا بصرية، وإذا ما تم تدريبها يمكن أن تسهم بشكل كبير في استخدام حاسة البصر في عملية التعلم وفي التكيف في البيئة لذلك يجب العمل على استغلال ما لدى الفرد المعوق بصرياً من بقايا بصرية وعدم إهمالها.

ثالثاً: التدريب على التنقل والتعرف والتوجه

يقصد بمهارات التعرف Identification أن يستخدم المعوق بصرياً حاسة اللمس من أجل معرفة الشيء أو الأشياء التي تعرض له في البيئة، وكذلك التمييز بين هذه الأشياء وإدراكها كوحدة بالعلاقة مع غيرها من الأشياء. أما التوجه Orientation فهو استخدام الحواس المختلفة لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة. أما التنقل Mobility فهو الانتقال من مكان إلى مكان بالمشي أو بمساعدة الأدوات والأجهزة التي تساعد في التنقل. وحتى يتم التدريب الحركي لا بد من توافر القوة العضلية التي تحافظ على هيئة الجسم أثناء الحركة والوعي الجسمي الذي يسمح بتوازن الأنماط الحركية، وأخيراً الوعي الفراغي وهو الذي يوظف الحركة من أجل البقاء.

ومن أجل تطوير مهارات الإدراك الحسي الحركي الضرورية للتنقل والتعرف والتوجه يستوجب تدريب الفرد على نشاطات المشي المختلفة، ونشاطات الركض، ونشاطات الرمي ونشاطات القفز ونشاطات الوثب، وحتى يكون التنقل والتعرف

والتوجه فعالاً، يجب تدريب الطفل الكفيف على الوعي بالجسم الذي يتضمن تسمية أجزاء الجسم ووظائف هذه الأجزاء، بالإضافة إلى الاستخدام الأمثل للعمليات المعرفية الضرورية للتنقل والتعرف كالاستيعاب والاختيار والتخطيط، وأن تتوافر الاستعدادات الجسمية والعقلية المناسبة والانتباه والتركيز (Jacobson, 1993).

العناصر التي يجب أن يشملها التدريب على مهارات التنقل والتعرف والتوجه:

يشمل التدريب على التنقل والتعرف والتوجه عناصر مهمة وذلك من أجل زيادة الوعي والتعرف بآلية التنقل وهذه العناصر هي:

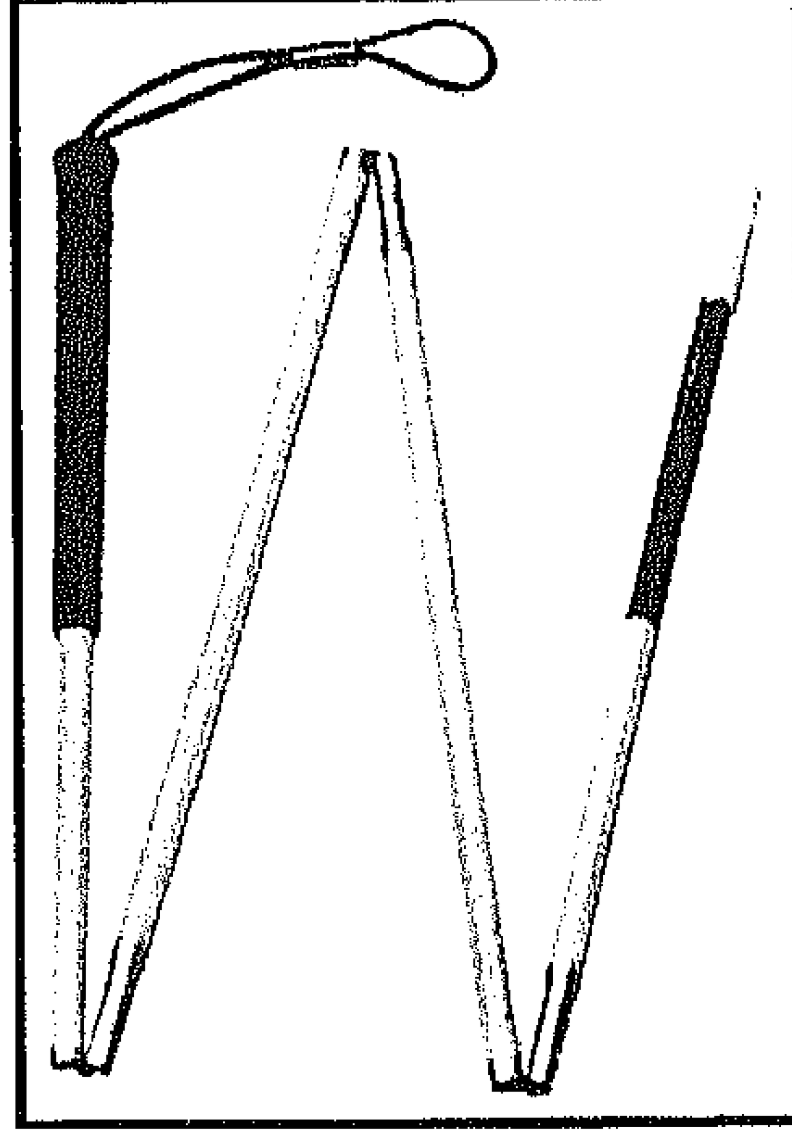
- **علامات الطريق:** وهي كل ما هو مألوف ومتعارف عليه في البيئة.
- **الإيماءات:** وهي المثيرات الحسية السمعية أو الشمية أو اللمسية التي تقدم معلومات ضرورية لتحديد موضع الشيء أو اتجاهه.
- **التنظيمات الداخلية للمباني:** العلاقات المميزة للمبنى والنقاط الرئيسة فيه.
- **التنظيمات الخارجية:** وتشمل جميع الأماكن والشوارع والمباني الرئيسة التي سيتم التنقل فيها.
- **القياس النسبي:** وهو استخدام مقاييس محددة سواء في جسمه أو في غيره من أجل تكوين صورة ذهنية فيها تقدير للمسافة.
- **معرفة الاتجاهات:** وتتضمن معرفة الاتجاهات الأربعة، إذ إن التنقل مرتبط بنمو المفاهيم الفراغية.

العوامل التي تؤثر على عملية التنقل بالاستقلالية:

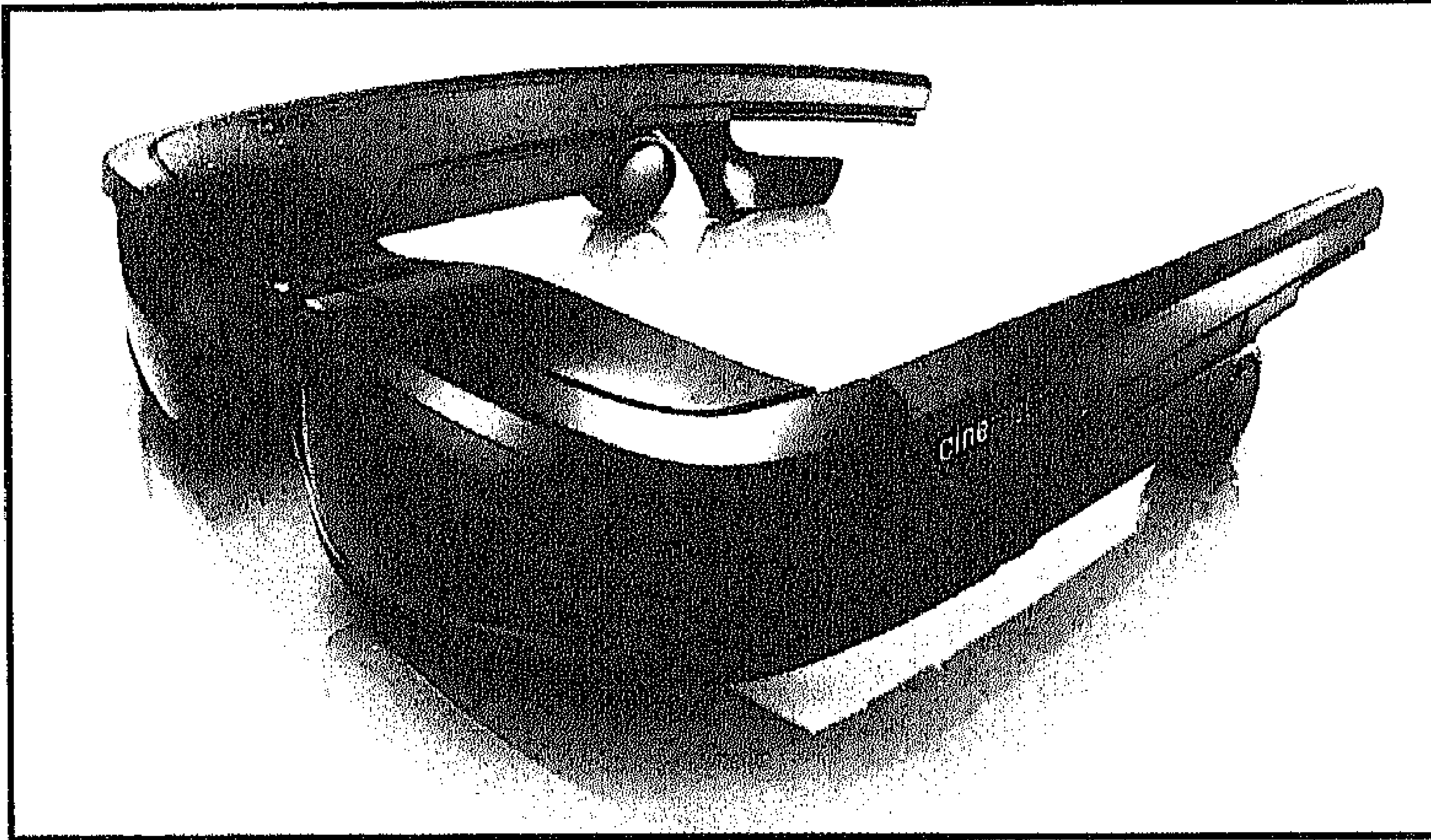
هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على عملية التنقل بالاستقلالية، وتجعله فعالاً، وأهمها العوامل النفس حركية، والعوامل المعرفية، والعوامل الاجتماعية الانفعالية، والعوامل والظروف المكانية والموضوعية.

أما فيما يتعلق بالوسائل التي استخدمها الكفيف على مر العصور لتعليمه فن الحركة والتنقل كما ذكرها هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman,1991) فهي:

1. الدليل المبصر.
2. الكلاب المرشدة.
3. العصا البيضاء.



4. النظارة الصوتية: مزودة بتقنية بسيطة تساعد فاقدي البصر على الحركة وتجاوز العقبات، حيث تصدر النظارة رنات تحذيرية حال اقتراب مرتديها من جدار أو شخص.



5. الأجهزة الصوتية: مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه وتسمى Path Sounder، والجهاز الذي يحمل باليد، والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه ويسمى Sonic Torch والجهاز

الذي يوضع حول محيط رأس الكفيف، والذي ينبه أيضاً إلى العوائق التي أمامه ويسمى Echolocation System، وأخيراً العصا البيضاء التي تعمل بأشعة الليزر وتسمى Lazer Cane حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا الكفيف بالعوائق التي تصادفه وذلك بإصدار أصوات من مكبر للصوت مثبته على العصا نفسها، وهذا وتعتبر دافعية الفرد الكفيف لتعلم مهارات فن الحركة والتنقل من مكان إلى آخر من أقوى العوامل التي تساعد في نجاحه في التنقل بأمان من مكان إلى آخر، باستخدام الوسائل التي أشير إليها أعلاه، مقارنة مع الأشخاص المبصرين جزئياً أو كلياً (الروسان، 1994، ص: 319) (Jacobson, 1993).

المقومات الأساسية للبرنامج للمعوقين بصرياً:

أولاً: دور الأسرة

لا شيء أهم من الأسرة وبخاصة الأم بالنسبة لنمو الطفل المكفوف فمحبة الوالدين وقبولهم عاملان مهمان يؤثران على نمو الطفل وقبوله لنفسه، ويجب على المعلمين تفهم مشاعر الوالدين وحاجاتهما بالتوجيه والإرشاد لمساعدتهما على توفير الخبرات اليومية اللازمة لطفلهما، وفي العادة يرغم المعلمون في مرحلة ما قبل المدرسة على التدخل في الحياة الأسرية للطفل المكفوف وبناء على ذلك ينبغي على المعلمين أن يتدخلوا بأسلوب مرغوب فيه وأن يعرفوا أن مشكلات الأسرة تساعدهم وتساعد الوالدين على تحقيق أهدافهم، فالتفاعل بين الأم والطفل يعتمد على كل من الصورة الموجودة لديها عن ذاتها كأم وشعورها بالرضى عن طفلها وخصائص الطفل ونموه وبسبب غياب أنماط التواصل العيني مع الطفل المكفوف فإن الصورة الذاتية للأم قد تتأثر بشكلٍ كبير إذا لم تقدم لها المساعدة.

ثانياً: الاتصال

لما كانت اللغة أساسية للنمو والنضج فلابد من تطويرها جيداً لدى الأطفال المكفوفين، واللغة تتطور بناء على الخبرات المباشرة مع الأشياء ولذلك فإن على الأمهات والمعلمات أن يتحدثن للطفل المكفوف عن الأشياء والأنشطة من حوله وأن يشجعنه على استخدام حواسه الأخرى للملاحظة وتطوير تصورات عقلية للأشياء والتحدث عما يدركه.

ثالثاً: مفهوم الذات

يجمع علماء النفس على أن مفهوم الذات الإيجابي شرط للأداء الإنساني الفعال، حيث ينبغي على برامج التدخل المبكر أن تركز بداية على وعي الطفل لذاته جسمياً فهو بحاجة للمساعدة في التعرف على أجزاء جسمه ووظائفها فذلك يساعده في تكوين صورة عقلية لجسمه والوظائف التي يقوم بها ويفترض أن يبدأ هذا النوع من التدريب عندما تتطور لغة الطفل، ويجب أن يتم تدريبه من خلال الخبرات الحقيقة وليس لفظياً فقط ثم ينبغي التركيز على تطوير مشاعر الطفل بالأمن والتعامل معه بدفء والتعبير عن الإيمان بقدراته وتوظيف الأنشطة التي يستطيع أن ينجح بتأديتها.

رابعاً: التعرف والتنقل

تهدف مهارات التعرف والتنقل إلى تطوير قدرات الطفل على استخدام حواسه المتبقية لديه وعلى إدراك مكانه في البيئة ويجب أن تركز برامج التدخل المبكر على هذه المهارات مبكراً بعد أن يتعلم الطفل الحركة فمن المهم أن يتعلم الطفل المكفوف كيف يتنقل بأمان وكيف يكتشف أماكن الأشياء ويتجنب الحواجز ولكن الحماية الزائدة والخوف غير المبرر على الطفل يجب تجنبه لأنه يحد من التواصل الاجتماعي ومن خبراته.

وتركز برامج التعرف والتنقل عادة على المهارات الحركية الكبيرة والوعي البيئي والمهارات الإدراكية والتدريب الحسي وتهتم هذه البرامج بالبداية بتطوير وعي الطفل لجسمه وموقعه من الناس والأشياء من حوله ويتم ذلك من خلال التكلم مع

الطفل بكلمات بسيطة لوصف ما يجري من حوله ولتعريفه ببيئته ومساعدته على استكشافها وتحديد مواقع الأشياء فيها، وكذلك ينبغي تدريب الطفل وتعريفه على الاتجاهات المختلفة بالنسبة لجسمه لأن ذلك يشجعه على التنقل المستقل.

خامساً: تطوير الحواس الأخرى

تركز برامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصرياً على تدريب الطفل على استخدام حواسه الأخرى بشكل فعال فاستخدام الحواس المختلفة يساعد الطفل في إدراك الأشكال والحجم والحرارة ومواضع الأشياء ويشتمل هذا التدريب على تنمية حاسة اللمس من خلال تهيئة الظروف للطفل للتعرف على ملمس الأشياء وحجمها وأوجه الشبه والاختلاف بينها، وكذلك فهو يشمل على تطوير حاسة السمع من خلال تدريب الطفل على وعي الأصوات وتحديد مواقعها والتمييز بينها وكذلك حاستي الشم والتذوق تزودان الطفل المكفوف بمعلومات مفيدة عن الأشياء وبخاصة إذا تضمن التدريب خبرات حقيقية وطبيعية كما ينبغي على المختصين تطوير القدرات البصرية المتبقية للطفل.

سادساً: المهارات الحياتية اليومية

والهدف من هذا التدريب هو تطوير قدرة الطفل على الاعتماد على النفس قدر المستطاع والقيام بذلك بأسلوب اجتماعي مقبول فالطفل المكفوف بحاجة لأن يتعلم كيف يأكل ويلبس وينظف نفسه، وعندما يمر الطفل بخبرات ناجحة في هذا الصدد فهو يصبح مهيأ أكثر في المراحل العمرية اللاحقة ليكون إنساناً ناجحاً ونشطاً اجتماعياً.

سابعاً: اللعب

يتعلم الطفل من خلاله مجالات النمو المختلفة الحركية والاجتماعية واللغوية والإدراكية وقد لا تكون هناك حاجة لتعديل بعض الألعاب للأطفال المعوقين بصرياً.

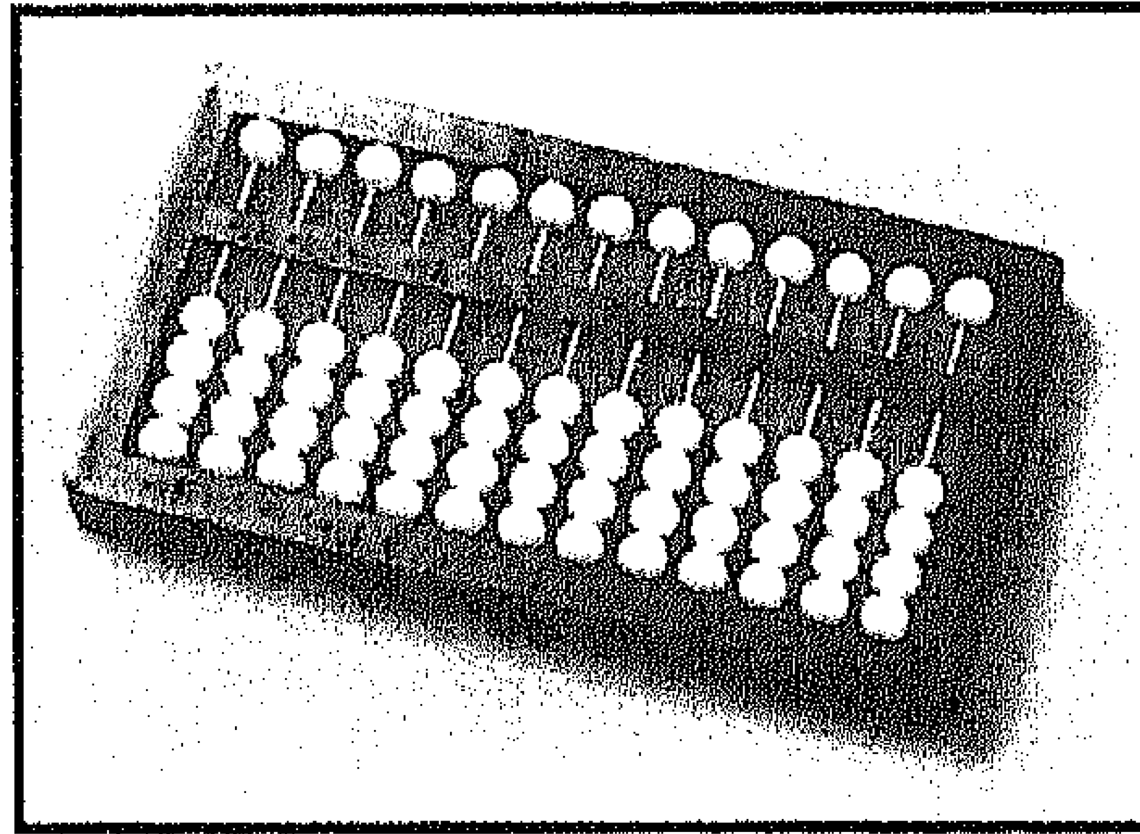
الوقاية من الإعاقة البصرية:

إن الاكتشاف لحالات الضعف البصري وأمراض العيون ومعالجتها الفاعلة في وقت مبكر تمنع تفاقم المشكلات وتطور حالات الضعف إلى مرحلة العجز وحتى في حالات حدوث العجز فإن إجراءات مهمة يمكن تنفيذها للوقاية من حدوث الإعاقة، فالعدسات الطبية والمعالجة بالعقاقير والجراحة واستخدام الأدوات والمعينات البصرية

المختلفة من شأنه أن يحد من عواقب الضعف البصري على النمو الإنساني، كما أنه يحتاج الأطفال للفحوصات الدورية لعيونهم في مرحلة ما قبل المدرسة، ويجب اتخاذ الإجراءات اللازمة للمحافظة على صحة العين وسلامة البصر وتقديم الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة فالوقاية ليست مسؤولية الأطباء أو الجهات الصحية الرسمية بل إنها مسؤولية الأسرة والفرد والمجتمع كله (الحديدي، 1998).

أهم الأدوات والوسائل المعينة التي يستخدمها المكفوفون وضعاف البصر:

1. المعداد الحسابي Cranner Abacus: ويستخدم هذا المعداد من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين، وقد تطورت هذه الآلة لتساعد المعاقين بصرياً على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي. ويتكون المعداد الحسابي، وهو مستطيل الشكل، من (13) عموداً متوازناً، في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم أفقياً إلى جزأين؛ الجزء العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود، والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمود أيضاً، كما توجد أسفل كل جزء بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية. وقد تم حديثاً تطوير وسيلة إلكترونية حديثة لإجراء العمليات الحسابية تعتمد على إصدار الأصوات بالإضافة إلى إظهار النتائج بشكل بصري خاصة للأفراد الذين يعانون من إعاقة بصرية جزئية، ويظهر الشكل رقم (4/8) المعداد الحسابي (آلة الأبيكس).



شكل (4/8)

المعداد الحسابي (الأبيكس)

2. **الأوبتكون Obtecon**: وهو عبارة عن جهاز إلكتروني يعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى كلمات وأحرف بارزة يستطيع أن يقرأها الكفيف بوضع إصبع إحدى يديه في مكان مخصص من الجهاز، أما يده الأخرى فيستخدمها في تمرير كاميرا الجهاز على المادة المكتوبة (Hallahan & Kauffman, 1991). ومهمة هذا الجهاز مساعدة الكفيف على قراءة المواد المطبوعة، والكتب والمجلات والجرائد، وذلك بواسطة تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة تحت إصبع السبابة بحيث يحس الكفيف شكل الحرف المقروء بواسطة الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة تسمح للمعلم بمراقبة ما يقرأ الكفيف، ويقرأ الكفيف بهذه الطريقة، ما معدله من (5 ـ 11) كلمة في الدقيقة.
3. **الدائرة التلفزيونية المغلقة**: جهاز يصور ما هو مكتوب على ورقة الكتاب عن طريق كاميرا ملحقة بالجهاز نفسه، ويتم عرض المادة على شاشة التلفزيون ويقوم الطالب بتعديل العدسة ويكبر الطباعة بالدرجة المطلوبة.
4. **فيرسا بريل**: وهو جهاز يحول الكلام المسجل على شريط إلى نقاط برايل النافرة.
5. **كرزويل للقراءة**: وهي تشبه آلة التصوير يوضع عليها الكتاب وتعمل كاميرا على تصوير ما هو مكتوب على الصفحة ويقوم الكمبيوتر بقراءته بصوت مسموع.
6. **التلسكوب**: يحتوي على عدسة مكبرة، يمكن أن يحمله الفرد أو يضعه على النظارة ويستخدم للرؤية على مسافات معينة.
7. **المكبر**: عدسة مكبرة لمساعدة ضعيفي البصر على القراءة وهي إما أن تكون مكبراً يدوياً أو مكبراً يرتكز على حمالة.

تكنولوجيا المعلومات والإعاقة البصرية Information Technology:

بيّن الإمام والجوالده (2010 ـ ج) ضرورة البحث عن أفضل الوسائل لتسهيل الحصول على المعلومات وتبادلها وجعلها ذات فاعلية للأفراد ذوي الإعاقة البصرية، وأسفرت تكنولوجيا المعلومات عن العديد من البرمجيات والأجهزة التي تسهل تقديم خدمات للمعاقين بصرياً، واتخذت مراكز المعلومات، والمؤسسات التعليمية تلك التطورات كوسيلة لتحديث خدماتها بالنسبة للمعاقين بصرياً منها:

1. برنامج إبصار:

يقوم البرنامج بعدة مهام مثل قراءة النصوص ومعالجتها باستخدام معالج النطق ويمكن أيضاً تحويل ملفات برايل إلى نصوص والعكس، كما أنه يمكن اختيار لغة النطق العربية أو الإنجليزية، وقد صدر خمسة إصدارات منه أولها عام (2000) وآخرها عام (2005)، وهو من أبرز تقنيات القراءة المنطوقة للنص المكتوب والتي تستخدم في مراكز المعلومات، والمؤسسات التعليمية.

2. برنامج جواس Job Access With Speech (JAWS):

برنامج JAWS لديه القدرة على قراءة النصوص والصور والرسوم، ويمكن هذا البرنامج الكفيف من التعامل مع برامج التطبيقات (Access, Word, Excel)، وقد صدرت منه نسخة باللغة العربية، كما أن هناك العديد من البرامج الأخرى باللغات غير العربية والمستخدمة في العديد من مراكز المعلومات، والمؤسسات التعليمية وقد ظهر مع ببرنامج التشغيل Windows 95.

3. برنامج زوم تكست Zoomtext:

لديه القدرة على قراءة النصوص وتفضله بعض المؤسسات التعليمية دون غيرها، وهو برنامج باللغة العربية.

4. برنامج كروزويل Kurzuail:

هو برنامج قارئ شاشة باللغة الإنجليزية، وهذا البرنامج كانت بدايته عام (1976) في صورة آلة لتحويل النص إلى صوت أشبه بالصوت الآدمي، ثم بعد ذلك تطور

حتى وصلت قدرته على تلخيص النص وإضافة حواشي وهوامش أثناء استماع الكفيف إلى النص، ويوجد به أيضاً قاموس للمعاني ويساعد المستخدم في تصفح الإنترنت وإيجاد الكتب والمراجع الإلكترونية، وقد ساهمت تلك البرمجيات في تيسير سبل الحياة الأكاديمية لذوي الإعاقات البصرية من خلال:

أ. قارئ الصفحات:

وهذه التقنية يتم بها قراءة النصوص العربية والإنجليزية العادية أو التي تحتوي على فقرات أو أعمدة، كما أن بتلك التقنية رسائل صوتية تصاحب المعوق بصرياً أثناء استخدامه للحاسب وتقوم بتوجيهه في كل مراحل البرنامج وترشده لما يجب عليه عمله في كل خطوة.

كما أنها تتعامل مع النصوص سواء كانت المكتوبة على الحاسب من خلال لوحة المفاتيح أو من خلال النصوص التي تم سحبها ضوئياً كما يمكن برنامج كروزويل من تحويل أي ملفات إلكترونية إلى ملفات صوتية يمكن للمعاق سماعها في أي وقت كملف صوتي عادي، ومن هنا يتمكن المعاق بصرياً من سماع ما يريده من كتب عادية بعد سحبها ضوئياً.

ب. طباعة نص مكتوب بطريقة برايل:

وهذه التقنية توفر للمعوق المادة العلمية بعد سماعها بشكل يمكنه الاحتفاظ به ومراجعته كما يشاء، ويتم هنا طباعة أي نص مكتوب على الحاسب بطريقة (txt) تكست أو (doc) دوس، ولكن من خلال طابعات خاصة تتعامل مع البرامج التي تقوم بتحويل النص من اللغة العادية إلى طريقة برايل.

ج. البرنامج التعليمي للحاسب:

يهدف إلى التعرف على لوحة المفاتيح الخاصة بالحاسب بالإضافة إلى التدريب على كتابة الحروف والكلمات والجمل وإجراء عمليات الكتابة المختلفة ويعتمد البرنامج على الرسائل الصوتية المصاحبة للتدريب لتيسر على الأفراد عملية التعليم.

د. تصفح مواقع الإنترنت:

يتميز البرنامج الذي يقدم تلك الخدمة بإمكانية تحريك الصفحة تلقائياً أثناء التصفح، ويقوم البرنامج بمساعدة المعاق بصرياً على تصفح مواقع الويب وقراءة البريد الإلكتروني، وأيضاً ممارسة خدمات الدردشة (Chatting)، وتعمل تلك التقنية كالآتي: عند فتح نافذة الموقع يبدأ البرنامج في قراءة عنوان الصفحة وتسمع الرسالة الصوتية "هذه صفحة تحتوي على الرابطة X" ثم يقوم بقراءة تفاصيل محتويات الصفحة من روابط وصور، علاوة على علامات الترقيم، وعند الرغبة في فتح رابطة ما، يمكنك الضغط على مفتاح الإدخال عند سماع اسم الرابطة، وتسمع رسالة صوتية "جاري التحميل" وسماع النسبة المتبقية لتحميل الصفحة ويبدأ البرنامج في قراءة تفاصيل محتويات الصفحة كما ذكر سابقاً.

كما يقوم المرشد الصوتي بنطق كل حرف يتم كتابته أثناء كتابة اسم الموقع المراد الدخول عليه وتصفحه، كما يقوم بقراءة كل المواقع التي يتم زيارتها من قبل واختيار الموقع المراد الدخول إليه إذا تم زيارته سابقاً بدلاً من إعادة كتابته مره أخرى.

هـ. تكبير النص:

يقوم هذا البرنامج بتكبير شاشة الحاسب أكثر من الحجم الطبيعي بـ (16) مرة ويستخدم عدسة لتكبير أجزاء من الشاشة بعد التكبير السابق ويمكن فتح جزء آخر من الشاشة المكبرة في شاشة أخرى يتم تكبيرها بنفس النسبة، كما يسمح خلال هذا التكبير بقراءة تلك الأجزاء من الشاشة، والتعبير عنها، ولكن باللغة الإنجليزية.

المنطلقات الواجب اتباعها لتفعيل عملية تعليم ذوي الحاجات الخاصة:

ذكر الإمام والجوالده (2010 ـ ج) عدة منطلقات لتكيف المناهج الدراسية من أجل تفعيل عملية تعليم ذوي الحاجات الخاصة وهي كالتالي:

1. مراعاة احتياجات الأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ومواءمة المنهاج لها.
2. عدم إظهار خصوصية التعليم لهذه الفئة لكي لا نشعرهم بالدونية.

3. التقييم المستمر جزء لا يتجزأ من العملية التربوية، وينبغي أن يكون التقييم مراعياً للحالة النفسية والانفعالية والعقلية لهؤلاء الأفراد.
4. ضرورة التشاركية والتعاونية بين المدرسة والأسرة.
5. توظيف التقنيات الحديثة لتيسير سبل الاتصال والحركة والتعلم.

نماذج من برنامج التدخل المبكر للمكفوفين لتطوير حواسهم:

- النشاط الأول:

الهدف: أن يميز الطفل الحيوانات والطيور التي تربى في المنزل.

إعداد البيئة: يتم تجهيز المكان المجاور لحظيرة الروضة ووضع بعض الكراسي للأطفال فيه كما تجهز المعلمة بعض أنواع من طعام الحيوانات والطيور الموجودة بالحظيرة.

استراتيجية التدريس: تبدأ المعلمة بسؤال الأطفال عن من يربي أحد الحيوانات أو الطيور في المنزل، تشرح المعلمات للأطفال أن هناك بعض الحيوانات أو الطيور يمكن أن تتواجد في المنزل كالقطة أو الكلب أو العصافير أو البط في بعض الأحياء والمناطق الريفية، تصحب المعلمة الأطفال إلى حظيرة الروضة وتسمح لهم بإطعام الحيوانات الموجودة ورعايتها، وفي أثناء ذلك تثير المناقشة مع الأطفال حول حيوانات وطيور المنزل (ماذا تأكل، أين تنام، كيف نرعاها)، كما تلفت المعلمة انتباه الأطفال إلى رائحة المكان وإلى أصوات الحيوانات والطيور الموجودة به، تطلب المعلمة من الأطفال ذكر مجموعة من الحيوانات والطيور التي لا يمكن أن تتواجد في المنزل كالأسد والنمر مع إبداء السبب، تسمح المعلمة للأطفال بلمس هذه الحيوانات والطيور تحت إشرافها وتحدثهم عن دور كل من هذه الحيوانات والطيور في مساعدة الفلاح، تطلب المعلمة من الأطفال سماع صوت الطيور والحيوانات الموجودة والتمييز بينها، تساعد المعلمة الأطفال على لمس الطيور (الإوز، البط، الدجاج) والتعرف على الفروق فيما بينها من حيث شكل الجسم وملمس الريش وعند العودة من هذا النشاط، توزع المعلمة قطعاً من مادة

المعجون وتطلب منهم تشكيلها كلٌ حسب رغبته من الحيوانات التي لمسها وتعرف عليها.

➢ النشاط الثاني:

الهدف: أن يفرق الطفل بين أنواع البقول المختلفة (الفول، العدس، اللوبيا، البزيلاء، الفاصولياء).

إعداد البيئية: تجهز المعلمة مطعم الروضة بوضع منضدة تتسع للأطفال لعرض النشاط عليها، تجهز المعلمة مجموعه مختلفة من البقول هي: الفول، العدس، اللوبيا، الفاصولياء.

استراتيجية التدريس: تقوم المعلمة بعرض مجموعة البقول السابقة على الأطفال للتعرف عليها وتناقشهم المعلمة في ملمس كل منها وأيها أكبر في الحجم ثم تذكر لهم فائدة تناول البقول كطعام، تقوم المعلمة والأطفال - المجموعة السابقة - كلٌ بمفرده (بطريقة السلق)، ثم تطلب من الأطفال تذوق طعم كل منها وتناقشهم في أوجه الاختلاف بينها في الشكل والطعم والرائحة بعض الطهي.

أسلوب التقويم: تستخدم المعلمة أسلوب الأسئلة.

➢ النشاط الثالث:

الهدف: أن يذكر الطفل أسماء الخضراوات التي تأكل نيئة والتي تأكل مطهية ويفرق بين الخضراوات الطازجة والفاسدة.

استراتيجية التدريس: تقوم المعلمة بتحضير مجموعة من الخضراوات (بعضها يأكل نيئاً والبعض الآخر يأكل مطهياً) على أن يكون بها بعض الثمار الفاسدة، تعرض المعلمة على الأطفال مجموعة الخضراوات وتسأل الأطفال عما يمكنهم أكله الآن (نيء) وعما لا يمكنهم إلا بعد الطهي، وتطلب المعلمة من الأطفال استخراج الخضار الفاسدة وتميزها من بين باقي الخضراوات من خلال اللمس والشم والتذوق، وتطلب المعلمة من الأطفال تجهيز الثمار وذلك بغسلها جيداً لعمل طبق السلطة مع

ملاحظة استخدام السكين البلاستيك والتنبيه على الأطفال بعدم استخدام السكين المعدني لخطورته وذلك بإشراف المعلمة.

أسلوب التقويم: تستخدم المعلمة أسلوب الأسئلة.

- النشاط الرابع:

الهدف: أن يميز الطفل بين المذاقات المختلفة (مالح، حلو، مر، حامض).

استراتيجية التدريس: تقوم المعلمة بتجهيز مواد لها مذاقات مختلفة مثل الليمون، العسل، محلول الملح، قشرة الجريب فروت، وتعرض هذه المواد على الأطفال وتطلب منهم تذوقها وتشرح الفرق في المذاق فيما بينها مع ملاحظة التأكيد على كلمات (مالح، حلو، مر، حامض)، تعرض المعلمة على الأطفال مجموعة من الأطعمة لها نفس المذاقات السابقة، وتطلب المعلمة منهم تصنيف هذه الأطعمة بعد تذوقها ويقوم كل طفل بتسمية المذاق الذي أحسه عند تذوق هذا النوع من الطعام مثل عصير الليمون دون سكر، مخللات، حلويات.

أسلوب التقويم: تستخدم المعلمة أسلوب الأسئلة (الجوالده والقمش، 2012).

البدائل التربوية لذوي الإعاقة البصرية:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين بصرياً، طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصرياً، ويمكن أن نميّز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية، منها:

1. مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصرياً.
2. مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصرياً.
3. دمج المعوقين بصرياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
4. دمج المعوقين بصرياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعاقين بصرياً، ومراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصرياً من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصرياً، ويميل الاتجاه التربوي الحديث

إلى دمج المعاقين بصرياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصرياً، ومبرراته، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً، تعليم وتدريب المعوقين بصرياً على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة Mobility ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل Braille Method ومهارة القراءة بطريقة الأوبتكون Opticon ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة العداد الحسابي Abacus ومهارة الاستماع Listening Skills ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية Remaining Sight.

إرشادات للمبصرين في كيفية التعامل مع المعوقين بصرياً:

إن المتأمل في طبيعة معاملة المجتمعات الإنسانية للمكفوفين يرى أنها تقوم على افتراض أن المكفوفين مختلفون عن غيرهم من الناس، وأن الكفيف بحاجة إلى الشفقة لأنه عاجز ويعيش في عالم صغير مظلم، أو افتراض آخر أنه يملك قدرات حسية خارقة أو قدرات موسيقية خارقة، وما إلى ذلك من اعتقادات خاطئة ليست إلا حصيلة للمعلومات غير الصحيحة الناتجة عن عدم التعامل مع المكفوفين.

وإذا كنا نريد أن نهيئ الظروف الاجتماعية الملائمة للكفيف لتحقيق ذاته، والتمتع بالمسؤوليات والواجبات والحقوق التي يتمتع بها أقرانه المبصرون، فلا بديل عن مقاومة مثل هذه الاعتقادات الخاطئة، فالحاجز الأكبر الذي يعيق تفاعل الكفيف مع مجتمعه ليس كف البصر بحد ذاته، بل مواقف المبصرين نحوه لما لها من أثر بالغ في تكيُّفه النفسي، وفي مفهوم الذات لديه، وفي طبيعة ظروفه الحياتية.

إذن نؤكد أن المبصرين والمكفوفين يتشابهون أكثر بكثير مما يختلفون، والفرق بين الكفيف والمبصر هو أن الكفيف يتعامل مع ظروف الحياة اليومية بوسائل وطرق مختلفة بعض الشيء، ولكنها في النهاية تؤدي إلى النتيجة نفسها التي يحصل عليها المبصر، كما أن الإنسان مبصراً كان أو كفيفاً بحاجة إلى مساعدة الآخرين،

فلا أحد منا يستطيع أن يعيش حياته دونما يد تمتد لمساعدته بين الحين والآخر، ولكن الافتراض الخاطئ هو أن الكفيف يحتاج إلى مساعدة مبالغ فيها وحماية زائدة. وهنا مكمن الخطر، فالحماية الزائدة تحد من قدرة أي إنسان كفيفاً كان أم مبصراً، كما أن المبصرين يجب أن لا ينصب اهتمامهم على الإعاقة نفسها فينظر إلى الشخص الكفيف من خلال كف البصر الذي لديه، وبالتالي إلغاء كل الخصائص الفردية الأخرى، وعليهم أن ينظروا إلى المكفوفين كأفراد لكل منهم خصائصه وصفاته المميزة.

لذا نكرر أن ما يحتاجه الكفيف هو إتاحة الفرصة المناسبة للاستقلالية، وأن يكون جزءاً فاعلاً في مجتمعه، ولن يتحقق ذلك إلا إذا تزود المبصرون بالمعلومات الصحيحة عن المكفوفين وقدراتهم وحاجاتهم وعن الطرق الصحيحة في التعامل معهم.

كيفية التعامل مع المكفوفين:

إذا كنت تقابل كفيفاً لأول مرة، فإنك تتساءل كيف تتصرف معه بطريقة صحيحة تجعلك أنت والكفيف تشعران بالارتياح، وللإجابة عن ذلك إليك هذه الإرشادات:

1. الكفيف مثل أي شخص آخر لا يختلف عنك؛ لذا عامله كما تعامل أي شخص بشكل طبيعي ودون افتعال.
2. لا تظهر له العطف الزائد والشفقة، وخاصة كلمة مسكين، فهذه الكلمة تجعله يشعر وكأنه عاجز حقاً.
3. عند التقائك بكفيف لا بد من تحيته ومصافحته عوضاً عن الابتسامة التي ترسم على شفتيك لغيره.
4. عندما تتحدث مع الكفيف أعلمه أنك تتحدث إليه، فهو لا يرى عينيك حتى يعرف أنك تتحدث إليه؛ لذا ناده باسمه حتى يعرف أن الحديث موجه إليه، وخاصة عندما يكون مع مجموعة فإنك في حديثك تنتقل من شخص إلى آخر.

5. عند التحدث مع الكفيف لا تحاول رفع صوتك، بل اجعل حديثك معه مثل السوي تماماً لأن ارتفاع الصوت يؤذيه ويؤدي إلى مضايقته.
6. لا تشعر بالإحراج من استخدام كلمات تتعلق بالنظر مثل، انظر، هل رأيت، من وجهة نظرك...إلخ، فهذه الكلمات لا تحرج الكفيف فهو يستخدمها في حديثه وإن كان لا يرى ولا تتجنب استخدامها لأن ذلك سوف يحرجه.
7. لا تشعر بالإحراج من التحدث عن كف البصر وعن إعاقته، فهذا لا يضايقه لأنه قد اعتاد عليها وإنما عليك اتباع الأسلوب المناسب.
8. إذا قابلت كفيفاً ومعه مرافق مبصر وكان الكفيف يريد شيئاً فلا توجه الأسئلة وتخاطب المرافق المبصر بما يريده الكفيف، وإنما خاطب الكفيف نفسه فهو يستطيع التحدث عن نفسه والتعبير عما يريد.
9. عند التحدث مع الكفيف عليك أن تستدير وتنظر باتجاهه وإن كان لا يراك، فهو يشعر ويعرف إن كنت تتحدث إليه من خلال اتجاه الصوت، كما أنه من غير اللائق التحدث إلى شخص مبصر دون النظر إليه، فإن ذلك ينطبق على الكفيف أيضاً.
10. عند دخولك على كفيف دعه يشعر بوجودك وذلك عن طريق إخراج بعض الأصوات، ولا تعتمد على أنه يعلم بوجودك، فهو لا يراك وأنت تدخل.
11. إذا كنت قد انتهيت من حديثك وأردت الخروج من الغرفة مثلاً، فعليك أن تُعلِم الكفيف وتنبهه لذلك فهو لا يراك وأنت تخرج ومن المحرج له أن يتحدث إليك وهو يظن أنك ما زلت في الغرفة ويكتشف بعد ذلك أنه يحدّث نفسه.
12. لا تقدم الكثير من المساعدات للكفيف وخاصة في الحالات التي يمكنه القيام بالعمل بمفرده، فإنك إن فعلت تجعله عاجزاً عن القيام بأبسط الأفعال، ومع مرور الزمن فإنه لن يستطيع الاعتماد على نفسه أبداً ويتّكل على الآخرين بشكل تام.

13. إذا قام الكفيف بأداء عمل بسيط معتمداً على نفسه، فلا تنظر إليه باستغراب وكأن عمله معجزة وتقول له: "هل فعلت ذلك وحدك دون مساعدة؟"، فإنك تعامله وقتها وكأنه طفل.

14. إذا أردت إرشاد الكفيف إلى موضوع معيّن فلا تقل له هناك فهو لا يرى (هناك).. وإنما كن دقيقاً في الشرح وقل مثلاً: على يمينك على بعد ثلاثة أقدام.

15. عند تواجدك في مكان ما مع كفيف اشرح له ما يوجد حوله حتى تكون لديه فكرة عما يحيط به، تفادياً لما قد يقع إذا تحرك دون أن يكون على علم بما حوله، فقد يصطدم بأشياء أو يوقع أشياء أخرى إذا لم يكن على علم مسبق بموقعها، وكذلك فإن الأشياء المعلقة والبارزة على المستوى رأسه قد تكون خطيرة عليه إذا لم يعلم بوجودها.

16. لا تترك الأبواب نصف مفتوحة فإن ذلك يعرض الكفيف لخطر الاصطدام بها، فالأبواب يجب أن تكون إما مغلقة تماماً أو مفتوحة تماماً.

17. إذا لزم الأمر تغيير أثاث الغرفة أو تحريك أي قطعة من مكانها الذي اعتاد عليه الكفيف، فعليك إعلامه بهذا التغيير تجنباً لأي صدمات غير متوقعة.

18. عند تقديمك شيئاً ما للكفيف لا تقل له خذ فهو لا يرى اتجاه يديك وموقعك، وبالتالي فإنك إما تصدر صوتاً بالشيء الذي تريد تقديمه له فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه، وإما تقربه إلى يده حتى يلمس ويشعر بهِ فيستطيع أخذه، وعند تقديمك شراباً من أي نوع للكفيف لا تملأ الكأس إلى آخره، فإن ذلك يؤدي إلى سكبه، وإذا قدمت للكفيف طعاماً فاذكر ما هو هذا الطعام، واذكر موقعه على الطاولة وموقع الكأس والأدوات الأخرى، وذلك لكي يتسنى له أخذه دون أن يوقعه، وأفضل طريقة لشرح مواقع الأشياء هو استخدام طريقة الساعة، وهي كالتالي:

تشرح للكفيف وتقول له إن الكأس عند الساعة (6) والطبق عند الساعة (3) وقطعة الجبن عند الساعة (9) وهكذا.

19. عند توصيلك الكفيف إلى سيارة ما لا تفتح له الباب، فإنك عن فعلت تعرضه لخطر الاصطدام بحافة الباب؛ لذا يكفي أن تضع يده على مقبض باب السيارة وهو يقوم بالباقي.
20. إذا قابلت كفيفاً في الطريق فلا تمسك يده مباشرة وتجره فقد لا يحتاج إلى مساعدتك، وعليك أولاً أن تعرض عليه المساعدة، فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك وإذا رفضها فهذا يعني أن بإمكانه الاعتماد على نفسه في هذا الأمر ويجب أن تشجعه على ذلك.
21. إذا أردت أن ترشد الكفيف إلى مكان ما وأصبحت أنت المرافق المبصر فلا تجره خلفك جراً أو تدفعه أمامك دفعاً، وإنما اتبع طريقة المرشد المبصر الصحيحة وهي كالتالي:

الخطوات:

أ. يقف المرشد المبصر متقدماً نصف خطوة عن الشخص الكفيف، ويقف الكفيف إلى جانب المرشد المبصر.

ب. يمسك الكفيف منطقة فوق الكوع (المرفق) للشخص المبصر خلف خط الوسط بالنسبة لجسم الكفيف، مستخدماً يده اليمنى ليمسك فوق المرفق لليد اليسرى للمرشد المبصر وتكون مسكة اليد معتدلة وخفيفة.

ج. عند السير في ممرات ضيقة يقوم المرشد بتحريك يده واليد التي يمسك بها الكفيف إلى الخلف ووسط ظهره، وهذه الإشارة تنبه الكفيف إلى الوقوف خلف المرشد مباشرة على بعد خطوة وبعد الانتهاء يعود المرشد إلى الوضع السابق.

د. عند صعود ونزول السلالم على المرشد أن يتوقف برهة للإشارة بأنه سوف يصعد أو ينزل السلم، ومن حركة جسم المرشد سوف يدرك الكفيف ذلك، وبإمكانه أن يوضح ذلك لفظاً بقوله (اصعد الدرج).

هـ. عند الجلوس على مقعد يقوم المرشد بوضع يد الكفيف على ظهر أو يد الكرسي (Jacobson, 1993).

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للصم المكفوفين:

ذكر الجوالده والقمش (2012) أن ولادة طفل أصم وكفيف في آنٍ واحد، لا تجرده من إنسانيته كما أنها لا تنقص من إمكانياته إذا ما تم تقديم المساعدة والتدريب لهذه الفئة من ذوي الإعاقات المتعددة، وعند ولادة طفل أصم كفيف يواجه والداه تجربة لم يتنبآ بها ولم يستعدا لها، وتتبادر في مخيلتهم العديد من الأفكار والأسئلة منها:

- حاجتهم لبعض الوقت كي ينسقوا أفكارهم.
- الحاجة لمعلومات عاجلة عن حالة ابنهم.
- الحاجة إلى الاطمئنان عن وضع ابنهم.
- التخطيط للمستقبل وكيف سيتدبرون الأمر.
- كيف سيكون الطفل عندما يكبر.

ولعل أهم سؤال يتبادر إلى أذهانهم: **ما هي البرامج التربوية والأساليب العلاجية المناسبة لمثل هذه الحالة؟.**

يرى علماء النفس أنه بعد ولادة طفل معاق يعاني الآباء من اضطرابات انفعالية عند مواجهة هذا الوضع الجديد الذي سيؤثر على آمالهم وطموحاتهم وأسلوب حياتهم، دون وعي ولبعض الوقت لكن المعظم سيستعيد توازنه بصورة أسرع.

ويمكن أن يكون هنالك إحباط، شكوك، أسف، وحدة، وحتى فشل في الأشهر أو السنوات القادمة، سيكون هنالك لحظات متعة كبيرة، استغراب وإنجاز عندما تواجه التحدي بروح ونجاح، سيكون ذلك أكثر أهمية خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ففي هذه الفترة يكتسب كل الأطفال مهارات سيستخدمونها لاحقاً لتدريب أنفسهم وتمكنهم من إقامة علاقات مع الناس الآخرين لكي يصبحوا اجتماعيين.

فالأطفال العاديون يستطيعون أن يبصروا منذ لحظة الولادة، لكنهم يحتاجون زمناً لتمييز ما يرونه، ومدة أطول للملاحظة والتمييز بين الناس وبين الأشياء حتى يكون لكل واحد هويته، بالرغم من أن الأطفال يستطيعون أن يسمعوا عند الولادة

(وحتى قبلها كما يعتقد)، عليهم أن يميزوا معاني الكلمات التي يسمعوها وأن يتعلموا كيف يصدروا هذه الأصوات بأنفسهم قبل أن يتمكنوا من التواصل مع الآخرين بواسطة الكلام (هذا يحتاج سنتين أو ثلاثة).

عندما يولد الطفل تكون له حركات انعكاسية تلقائية ووحده يتعلم تدريجياً التحكم بها بحيث يتنقل ويتجول ويقوم بالأشياء بنفسه.

عندما يولد الطفل لا يعرف نفسه كشخص مستقل عن الآخرين فهو خلال التفاعل المبكر مع والدته يتعلم كيف يقيم علاقات وينتسب لأعضاء عائلته الآخرين وغيرهم، كذلك يتعلم كيف يتحكم بمشاعره ويلتزم بأخلاق المجتمع الذي يعيش فيه، وعندما يكتسب الطفل التعلم المبكر والمهارات الاجتماعية يستطيع أن يبدأ أداءه كشخص صغير مستقل التفكير وهذا نلحظه عندما يصبح عمره خمس سنوات.

بالنسبة للطفل **الأصم الكفيف** منذ الولادة تصبح حاجته لتعلم المهارات ضرورية كالأطفال الآخرين، حيث إنه من النادر جداً وجود تلف كلي في كلتا الحاستين (السمع، البصر)، لذلك يتوجب على ذوي العلاقة بالطفل التأكد من استفادة الطفل مما تبقى لديه من بقايا سمعية أو بصرية.

ومما يجدر ذكره أن الطفل الأصم المكفوف رغم العجز الذي لديه، فهو أيضاً يمتلك قدرات تتضمن بعض الرؤيا أو السمع المفيد، وحتى يحصل على الفرصة لتعلم كيفية استخدامهم بفاعلية يجب أن نعلم لأي مدى سيعيقه عجزه.

قديماً شُخِّص الكثير من الأطفال الصم المكفوفين كمعاقين عقلياً وذلك قبل أن يمنحوا الفرصة الكافية لتطوير مهارات التعلم المبكر لديهم، ونتيجة لذلك لم يطوروا قدراتهم واستعداداتهم، وعوملوا كأنهم غير قادرين على التعلم.

متطلبات التعامل مع الصم المكفوفين:

1. **التشخيص الدقيق:** هذه الفئة من ذوي الإعاقات واجهت صعوبات كبيرة في التشخيص لأنه يوجد خلط كبير بين الصمم ودرجات ضعف النظر إذ يوجد دائماً صعوبة بتصنيف ما تعنيه من اسم (الأصم المكفوف).

2. **استخدام البقايا السمعية والبصرية بفاعلية:** إذا كان الطفل قادراً على تعلم كيفية استخدام بصره بصورة كافية تسمح له بالاتصال بصرياً مع تدريب مبكر على (قراءة الشفاه + لغة الشفاه + صور الإيماءات أو لغة الإشارة)، من المحتمل أنه يمكن تعليمه كطفل أصم، أما إذا لم تسمح بقاياه البصرية له بالتعلم كطفل أصم فيجب إيجاد أسلوب للتواصل معه عندما يصل لعمر المدرسة، لذلك فإن مهارات التعلم المبكر وتدريب السمع والبصر المتبقي هي أهداف أساسية لمساعدة الطفل مهما كانت درجة فقدان السمع والبصر لديه.
3. **الاتجاهات الإيجابية:** من المهم أيضاً أن تقف موقفاً إيجابياً نحو الطفل فهو وهو بحاجة للحب كالآخرين.
4. **الرعاية التكاملية:** إن الطفل بحاجة للمشاركة في اختيار البيئة التعليمية المناسبة له والتي تمكنه من التعلم وإعطائه الفرص الكاملة للنمو بشكل سليم.
5. **توفير البيئة الآمنة:** الطفل يحتاج للرعاية لكن ليس لحماية مبالغ بها، وخلافاً لذلك فإنك ستحرمه فرصة الاكتشاف، عليه أن ينمو، يتغير، وأكثر شيء أن يكون هو كأي شخص عادي.
6. **إدارة الوقت:** على أسرة الطفل الأصم الكفيف إدارة الوقت المخصص للمتطلبات الأسرية بفاعلية، حيث تختلف عن باقي الأسر ممن لا يوجد لديهم طفل معاق، بحيث يتم تخصيص الوقت الكافي للعناية بالطفل الأصم الكفيف بدرجة أكثر من باقي أفراد أسرته.
7. **الاستقلالية:** علينا في كل فرصة تعليم الطفل الأصم الكفيف الاعتماد على نفسه وفق ما تسمح به إمكاناته.
8. **تنمية الاستعدادات وتطوير القدرات:** عند التعايش مع الطفل يمكنك أن تدرك كم هي إمكانيات الطفل كبيرة، لذلك على الأسر ملاحظة هذه

الإمكانات وعلى مدار الساعة لأن حصول الطفل على فرص تعليم صحيحة يعزز نموه العقلي.

9. طلب الدعم والمساندة: بالطبع لن تكون وحدك من يساعد في تطوير قدرات الطفل، يفضل اللجوء إلى فريق متعدد التخصصات والذين سيوفرون لك الدعم والمساندة ويشاركونك في هذه المهمة.

10. الأسر المختصة: لأن الأسر تعيش مع الطفل (24) ساعة كل يوم، (7) أيام في الأسبوع، (52) أسبوع من كل سنة، فهم يعرفون طفلهم أكثر من أي أخصائي كان، فهم خبراء اليوم أخصائيو المستقبل، وهذا أساسي للتخطيط لمستقبل الطفل في تعليمه وتدريبه في كل مرحلة من حياته.

في الماضي كانت واجبات أهل الصم المكفوفين توكل إلى أخصائيين لأن الأهل لم يكونوا يدركون أهمية دورهم في حياة الطفل المعاق، ومع تغير الاتجاهات القديمة أصبح اليوم يعاملون كمعلمين لأطفالهم من حقهم الحصول على المعلومات التي تمكنهم من أداء هذه المهمة بصورة جيدة.

الأطباء وأخصائيو الأطفال هم أول من يهتم بالطفل أولاً ونحن نعتمد عليهم في الحصول على المعلومات عن مدى الإعاقة، في بعض الأحيان هذه الأحوال تتغير فالسمع يمكن أن يقل وحالة العين يمكن أن تتغير، الفحوص الدورية عند أخصائي السمع والبصر أساسية لتزويدنا بالمعلومات اللازمة لتخطيط وتنفيذ البرامج المناسبة.

إن الأهل لا يستطيعون عمل ما هو أفضل دون مساعدتهم، والمعلمون لا يستطيعون استثمار معرفتهم ومهاراتهم إلا إذا شاركوا الأهل بمفاهيمهم الخاصة بطفلهم، لذلك يجب أن تكون هنالك علاقة حقيقية في تخطيط الأهداف والمحتويات للبرنامج التعليمي كي تكون هنالك استمرارية في كلا الحالتين.

من وقت لآخر سوف يقيّم طفلكم، ربما بواسطة فريق يتضمن أطباء وخبراء نفسيين، معلمين وأخصائيي حركة وآخرين، الهدف الرئيس هو تحديد مستوى التطور الذي وصل إليه الطفل والإيعاز بالعلاج القادم موقع التعليم ...إلخ.

إن الأعضاء الأكثر أهمية في فريق كهذا هم الآباء والأمهات وعليهم مناقشة القرارات المتعلقة بطفلهم والقبول بما هو مفيد له فقط.

مشاكل وحاجات الطفل الأصم المكفوف (تمثيل الحواس):

كل المعرفة التي يمتلكها البشر حصلوا عليها من خلال الحواس الخمس، وهي مخزنة بذاكرتنا أولاً كصور وثانية ككلمات فهذا يسمح بتخزين أكثر فاعلية.

اللمس والشم والتذوق تدعى "الحواس القريبة" لأن المعلومات التي تنقلها هي نتيجة الاتصال الفعلي بالجسم، والمعلومات الأكبر نستقبلها من خلال بصرنا وسمعنا، بالإضافة إلى المعلومات القريبة، فهاتان الحاستان تخبراننا بالأشياء التي في البيئة حولنا دون الحاجة للمسها أو القرب منها أو الانخراط فيها، يمكن أن تكون دون صوت أو رائحة لكننا نراها مثلاً (المتسلق على الجبل). نستطيع أن نرى ما يفعله الآخرون ومن خلال تصرفاتهم نستطيع أن نحدد ما نفعله، نستطيع أن نسمع الأشياء دون رؤية مصدرها (الراديو في غرفة مجاورة)، نستطيع أن نسمع الأفكار المحكية للآخرين وأن نعلم كيف يشعرون وما نسمعه يؤثر بطريقة تفكيرنا وتصرفاتنا.

من خلال السمع نتعلم كيف نميز الأصوات وأن نعبر عن أفكارنا الخاصة وأن نتصل بالآخرين خلال هذه الوسيلة.

1. الحركة:

للاستجابة لهذه المعلومات التي نستقبلها يجب أن نتحرك، الكلام هو حركة المشي، الكتابة، كل شيء نفعله هو نتيجة لحركة بعض الأجزاء من جسمنا، رغم أننا نكتشف أن ما نفعله بجسمنا هو للقيام بردة فعل، ونحن أيضاً نستقبل معلومات حول كيف نتحرك عند رؤية أداء الآخرين أو سماع ما علينا أن نفعله.

2. السمع والبصر لديهم وظائف خاصة:

لا توجد حاسة تستطيع أخذ كل هذه المعلومات مرة واحدة مثل البصر، أنت لا تستطيع أن تشعر بكل الشيء مرة واحدة وبنفس الوقت، لكنك تستطيع أن تراه حالاً، فبعض المعلومات البصرية لا يمكن استقبالها بواسطة الحواس الأخرى، الأشياء

الكبيرة جداً والخطيرة جداً مثل النار، والسمع أيضاً له مميزات نادرة فهو الحاسة الوحيدة التي تنحني حرفياً حول الزوايا وتكون جاهزة لاستقبال عدة أصوات في وقت واحد، فمثلاً: نحن نستطيع أن نستمع لشخص يتحدث بينما نكون مدركين أن الراديو يعمل في الغرفة الأخرى والطفل يبكي في الطابق العلوي.

3. المعلومات:

المعلومات التي نأخذها من حواسنا معاً مع قدرتنا على الحركة هي التي تسمح لنا ببناء صورة ثابتة لعالمنا الذي نتعامل معه ونشارك فيه بثقة، فبوجود ضعف في البصر أو السمع فإن الطفل الأصم المكفوف تكون مصادر معلوماته محددة، ونادراً جداً ما تجد خسارة كاملة لكلتا الحاستين، لذلك سيحصل على بعض المعلومات غير الكاملة أو المشوهة.

لذلك فإنه لن يكتسب صورة ثابتة عن العالم الذي يعيش فيه، ولا المثال الذي سيحتذي به، هو لن يعلم ما يحيط به أو ما يدور حوله أو حتى أنه جزء منه، عالمه يمكن أن يكون مشوشاً إلا إذا تدخلنا وزودناه بالمعلومات اللازمة المنطقية والمقبولة له.

إن لم نتدخل سيكون عالمه هو جسمه ولا شيء يوجد خارجه، ولن يكون هنالك سبب للاكتشاف والاتصال سيخلق استقراره بعمل الأشياء ذاتها كل مرة.

تقليد بسيط لطقوس معينة أو لعبة واحدة يلعب بها بنفس الطريقة يوماً بعد يوم، هو لا يشكل صورة حقيقية عن العالم، الأشياء التي تعني له شيئاً فقط كما تعجبه أو تتناسب متعه مع عالمه.

طفل كهذا يفتقد للتمييز بين نفسه وبين الأشياء من حوله ولا يمتلك أي دافع للاكتشاف او لإقامة علاقات، ليس من السهل لطفل أصم مكفوف أن ينخرط في عالم حيث يعتمد فيه الآخرون على بصرهم وسمعهم للاستجابة للأمور المطلوبة منهم.

عندما يعود لعالمه علينا أن نغريه بالانضمام إلى عالمه وأن يفعل ما نفعله نحن، إذا كنا نستطيع أن نزوده بالمعلومات الصحيحة حول مراحل تطوره وأن نجعل عالمه ممتعاً وذا معنى، هذا التحول الداخلي لا يحدث.

4. الطفل الأصم المكفوف يفتقد الشعور بالأمن:

من المؤكد أن العشاء يأتي بعد الفطور وأن النهار يلي الليل، إننا إذا كنا سنتمشى سنعود للبيت، إننا إذا لوحنا بأيدينا (باي باي) لأبينا عندما يذهب للعمل، نستطيع أن نتوقع منه أن يعود عند المساء...إلخ.

فالطفل الأصم المكفوف لا يملك هذا التأكيد إلا إذا زودناه قصداً بإجراءات روتينية مع دلائل يستطيع أن يعتمد عليها ليشفى، عندما يحصل على هذه الضمانات نستطيع أن ندخل بعض التغييرات وسيتعلم أن يتقبلها.

5. الحاجة للوسطاء:

يحتاج الطفل لشخص بجانبه يشارك عينيه أو أذنيه، يترجم له البيئة من حوله بشكل يستطيع أن يفهمه، هذا يجب أن يستمر حتى يشعر بالأمان لمعرفة ما يتوقع منه.

دور الأهل في الواقع أن يكونوا مترجمين وبمعنى أدق وسطاء، هذا التعريف جيد، لأنه يلفت الانتباه إلى حقيقة أن الأهل لا يفكرون بنوع المعلومات التي يجب أن يزودنا الطفل بها.

عليه أن يعرف عن كل شيء يدور حوله، كل شيء بمتناول يده، وما يستطيع أن يفعل به وما تأثيره عليه، لا توجد معلومات معينة في كل دقيقة من حياته.

6. المعلومات يجب أن تكون متكاملة:

يجب أن نتذكر أن المعلومات بحد ذاتها قليلة الأهمية وأن المهم هو ما نستطيع أن نفعله بها، تستطيع أن تخبر الطفل الأصم المكفوف عن فتحة في سياج، قطعة خشب، مطرقة ومسمار، لكن إذا لم تره بأن الفتحة يمكن إصلاحها بتغطيتها بقطعة من الخشب نعلقها بتثبيتها بواسطة المسامير، ستكون هذه المعلومات دون قيمة، لذلك فإن

المعلومات يجب أن تعطى خطوة خطوة وتتناسق أجزاؤها حتى يتمكن الطفل من تطوير مفهومه للفتحة والاستفادة مما تعلمه.

بالرغم من أننا نشجع الطفل على استخدام نظره الضعيف وسمعه ونزوده بكل فرصة لذلك فإن المصدر الرئيس وتخزين المعلومات كالتي نحصل عليها بواسطة البصر أو السمع وبالتأكيد فإن التعليم سيكون بطيئاً في البداية.

ما تراه يمكن أن يؤخذ بلمحة ويمكن أن يوصف ببعض الكلمات، مزايا التمييز والتذكر بواسطة اللمس تتطلب الكثير من الجهد ووقت أكبر.

7. قيمة طريقة وضع الأيدي فوق بعضها:

لتوصيل المعلومات بلباقة نستخدم وسيلة بسيطة ومن الإلزامي أن نستخدمها، كانت تستخدم في هولندا بداية حيث كانت تدعى "حركة مساعدة فعالة"، وفي الولايات المتحدة تدعى "يداً بيد"، وفي كندا "الأيدي فوق"، وهذا التعبير الذي نستخدمه، وكلها تعني أننا نوصل المعلومات للطفل الأصم المكفوف باستخدام أيدينا على يديه، سواء كانت المعلومات حول شيء، تعليمه كيف يفعل شيئاً أو نتصل به لنخبره بطريقة عمل شيء ما.

إن مكان العمل بأسلوب **"الأيدي فوق"** مع تعويد الطفل على ذلك، هذه الطريقة لا ترشده فقط. بل بالإضافة لذلك فإنه يحصل على أدلة تساعده على توظيف باقي جسمه في النشاط من خلال توظيف جسمك، بهذه الطريقة أنت أيضاً: تنقل المزيد من المعلومات مباشرة للطفل بطريقة طبيعية ومريحة له (إذا قمت بذلك بطريقة مركبة فلن يستطيع أن يتعاون).

عليك أن تسيطر عليه بشكل أكبر، عليك أن تضع جسمك بطريقة تمنع أي تشتت لانتباهه، وتستطيع أن تستخدم جسمك كي توجه رأسه نحو ما تريده أن ينظر إليه، وأن تتحدث مباشرة في أذن الطفل أفضل من أن تترك مسافة مناسبة لوسيلة سمعه.

بالنسبة للطفل الصغير جداً عليك أن تضعه في حضنك أولاً، ضعه بين ساقيك بينما أنت جالس على الأرض أو خلفه إذا جلس على كرسيه العالي أو على الطاولة، وتستطيع التحرك إلى جانبه تدريجياً، مع المحافظة على قدرتك للتحكم بيديه من الخلف وهذا يحتاج إلى يقظة.

8. الأشياء:

بيديك على يديه يحتاج الطفل لمساعدتك له للتعرف على معالم الأشياء التي ستساعده على تمييز وتذكر الأشياء، فمثلاً تجويف الأشياء المعتاد عليها والتي نشرب بها، الشكل (منخفض، طويل مع نتوء في النهاية)، مما يميز جميع الأسرة ويجعلها مختلفة عن الأشياء التي نجلس عليها (كراسي، مقاعد، كنابيات، ما هو شائع لتلك الأشياء) الاستدارة المعروفة للكرات، الصحون، الإطارات...إلخ، والفروق التي تحدد كيف تستخدم كل هذه الأشياء المستديرة (مصنوعة من مواد مختلفة).

9. الأعمال:

عندما تهتم بالأعمال، هو يحتاجك لتعلمه كيف يقوم بالأشياء بواسطة يديك فوق يديه، فأعمال العناية الشخصية مثل (الأكل، اللبس، خلع الملابس، الاستحمام)، وأعمال حركية دقيقة مثل (قرع الأجراس، العصر، الدفع، الخياطة)، يجب أن تدار هذه الأعمال كلها بنفس الطريقة، وعليك أن تستمر بذلك حتى يأتي الوقت الذي تشعر فيه أن الطفل يطور قدرته على التنبؤ بما عليه أن يفعله تماماً.

في هذه المرحلة عليك أن تقلل من مساعدتك له حتى يستطيع أن يقوم بالعمل بنفسه، عادة نحاول أن نشجعه على أداء الجزء الأخير من العمل بنفسه مثلاً: سحب مسند وضعتماه على الكعب، ثم عندما يقوم بذلك تشجعه على القيام بالجزأين المتبقيين وهكذا، حتى يتعلم الاستقلالية وهذا يدعى " التسلسل الرجعي ".

عندما يفهم العمل ويتمكن الطفل من القيام به وحده يمكن تعليمه كيفية حل المشاكل وذلك بإهمال تعديل المهمة وذلك لجعله يفكر.

عليه أن يكون قد سبق وأن اختبر جميع العناصر وفهم علاقتها ببعضها طبعاً هو يحتاج أن يمر بتجارب ناجحة تنمي ثقته بنفسه، بعض الأطفال يفتقرون للفضول الطبيعي والتحدي في التجارب الجديدة والكثير منهم يستاء من التجديد في الأمور المألوفة وعلينا أن نميز ما يجدونه صعباً ونساهم على التغلب عليه.

10. اسمح له أن يقوم بالعمل بنفسه عندما يكون مستعداً:

من المهم جداً أن لا تعمل ما يستطيع الطفل الأصم المكفوف أن يعمله بنفسه (حتى لو كنا نريد أن نوفر الوقت).

على كل حال علينا أن نتأكد أننا أعطينا معرفة كافية وتمريناً كافياً ليستطيع أن يؤدي المهارة بشكل فعّال، من المهم أيضاً أن لا نكتفي بتعليم الطفل كيف يقوم بالأشياء وثم ننسى أن نلفت انتباهه إلى نتيجة ما قام به، عليه أن يفهم ما هي النتيجة.

11. نماذج الحركة:

ماذا فعل وما إذا كان عمله جيداً، شيئاً أو مصيبة كبرى.

فالأهل إذا اعتبروا النشاط الذي يشاركون به طفلهم حركات متسلسلة تكوّن معاً نموذجاً فإن هذا يساعد في طريقة العمل "الأيدي فوق".

وأكد (بياجيه) خلال دراسته للأطفال الصغار، الاعتقاد أن الأطفال الرضع يحركون أيديهم عشوائياً ويتبعونها بنظراتهم، أخيراً عندما يتعلمون التحكم بحركة أيديهم يكونون قادرين على تكرار هذه النماذج التي يجدونها ممتعة ومفيدة.

أولاً يقول بياجيه: هذه نماذج فردية، ثم يستخدم الطفل سلسلة نماذج كعمل متكامل مثلاً (الوصول إلى الخشخيشة)، ويمارس ذلك مرات ومرات، ثم يستخدم نموذج فعل للوصول إلى النهاية (الإمساك بلعبة الخشخيشة واللعب بها) ثم يستخدم أفعالاً مختلفة ليرى تأثيراً ويجد طرقاً مختلفة لاستخدامها (طرق الخشخيشة وهزها).

أخيراً يتنبأ الطفل بنتيجة أعماله قبل أن يقوم بها، ويستخدمها بشكل "تلقائي" في أحوال جديدة، الطفل الذي لا يستطيع أن يرى أو يسمع نتيجة أعماله لن يجد دافعاً لتكرارها.

هذا التسلسل في التطور من القيام بنموذج فردي بسيط إلى القدرة على استخدام عدة نماذج حركية معقدة معاً لمواجهة الأحوال الجديدة، يجب أن يتم دون رؤيا للطفل الأصم المكفوف، نحن الذين نضع يدينا فوق يديه من يعلمه هذا التسلسل الذي يكون النموذج الحركي الذي يحتاج أن يعرفه مثلاً: إطعام الطفل لنفسه يتضمن 11 حركة متسلسلة كل مرة يملأ فيها فمه فعليه أن:

- يحدد موقع الصحن.
- يجد الملعقة.
- يمسك بالملعقة.
- يضع الملعقة في الصحن.
- يفرق الطعام بالملعقة.
- يرفع الملعقة إلى فمه.
- يفتح فمه.
- يضع الملعقة في فمه.
- يتناول الطعام من الملعقة.
- يخرج الملعقة من فمه.
- يعيد الملعقة إلى الصحن.

ملاحظة: كل مفهوم من هذه المفاهيم نعطي لها مفهوماً إشارياً ثابتاً.

ويبدأ التسلسل من جديد، بالقيام بنفس تسلسل الأعمال مرات ومرات يصبح راسخاً في عقلة ويمكن استخدامه أوتوماتيكياً.

إذا كنا نلحظ نموذجاً حركياً في نشاط معين فإننا سنتبع نفس النموذج في كل مرة تؤديه فيها مع الطفل، وسنكون أكثر وعياً لاستعداد الطفل لأخذ هذا الدور بنفسه، ليبدأ تسلسله الرجعي ونشجعه نحو الاستقلالية، عندما يتعلم أن يقوم بعمل ما لنفسه سيصنف على ذلك شخصيته أو يختصر كما نفعل كلنا.

12. الاتصال:

عندما نهتم بالاتصال، تقنية (الأيدي فوق) تكون أكثر مناسبة، بالنسبة لطريقة الاتصال التي يحتاجها الطفل الأصم المكفوف تكون طريقة الإشارة هي الطريقة المعتادة، فعادةً نلاحظ أنك إذا انتظرت أن يتعلم الطفل الأصم المكفوف كيف يستخدم المحادثة في الاتصال، ربما ينتهي بذلك محبطا جداً ودون وسيلة اتصال نهائياً.

من الأفضل بداية أن تعطيه وسائل بديلة، لكن بنفس الوقت أعطه الفرصة (ليسمع ويرى إذا كان ذلك ممكناً) كالغناء والحديث، حتى إذا كان لديه قدرة كامنة، سينتقل إلى مرحلة اللغة المحكية عندما يستعد ويقدر.

13. الإشارة:

في الحقيقة حركة الأيدي تقليدها أسهل بكثير من حركات اللسان المعقدة أو الفم، النفس والحنجرة، كلها يجب أن تتناسق لتصدر أصوات الكلام.

الطفل يستقبل رسائلنا عندما نمسك يديه ببراعة لنشكل هذه الإشارات، مع مضي الوقت سيميز الطفل أننا نستطيع أن نستقبل رسالته بمشاهدتنا لإشارته، لكن علينا أن نشجعه أن يمسك أيدينا ببراعة عندما يريد أن يتصل بنا.

كما يحتاج أن يسمع كلمات عدة مرات قبل أن يستطيع قولها، لذلك فإن الطفل الأصم المكفوف يحتاج أن نعلمه كيف يعمل هذه الإشارات عدة مرات بسياقها الصحيح قبل أن يكون قادراً على استخدامها بطريقة ذات معنى.

الفصل الخامس
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

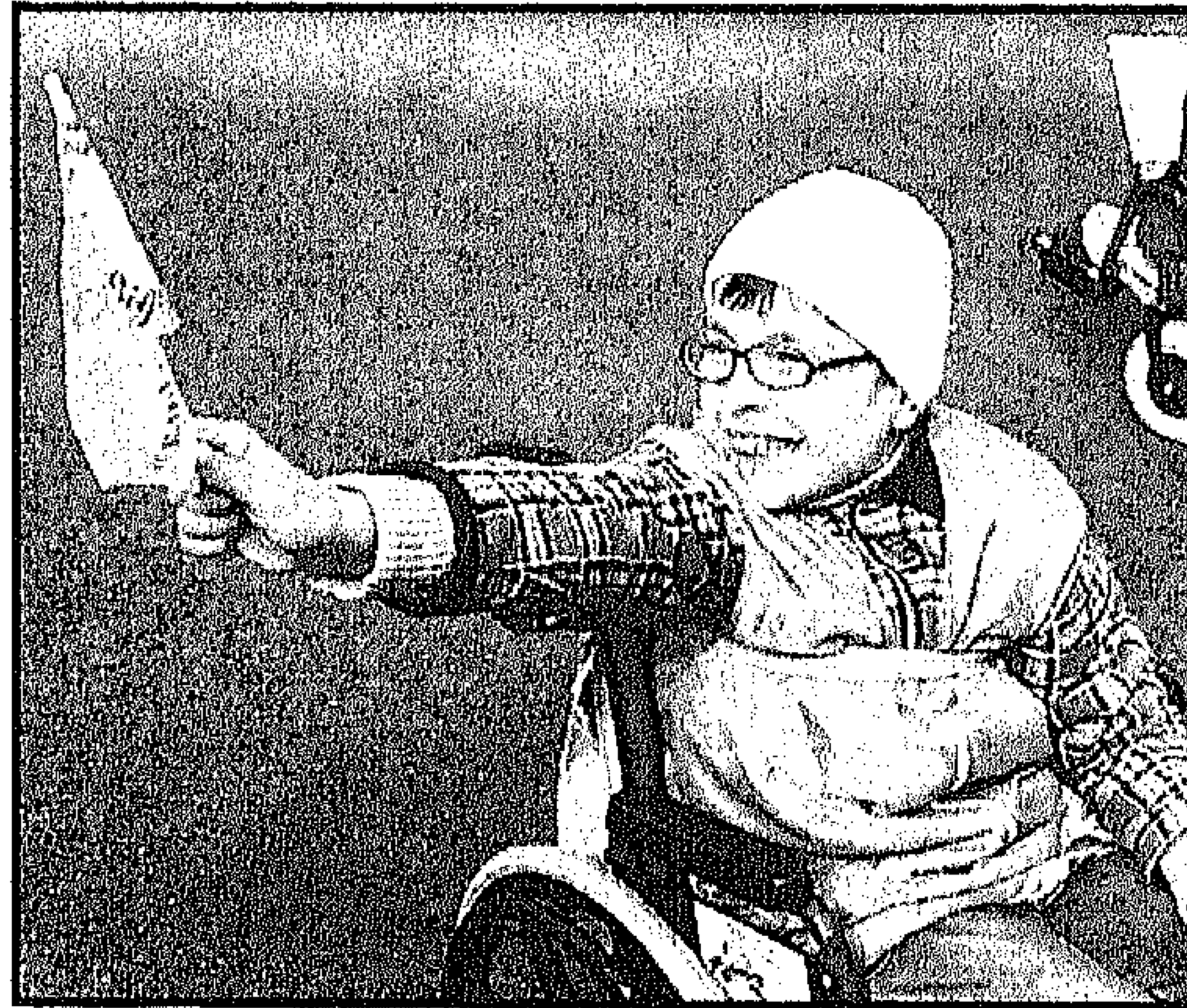
- مقدمة.
- تعريف الإعاقات الجسمية والصحية.
- شيوع الإعاقات الجسمية والصحية.
- تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية.
- الضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية.
- الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً.
- البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً.
- تعليم الطلبة المعوقين جسمياً وصحياً.
- الاتجاهات والخلافات.
- الخدمات الواجب توفرها في البيئة التعليميّة للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً.
- علاج الصرع.
- علاج شلل الأطفال.
- علاج تصلب الأنسجة العصبية.
- برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً.
- منهاج بافاريا لمتعددي الإعاقات الجسمية والصحية.
- استخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات الإعاقة.

الفصل الخامس
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للأطفال متعددي الإعاقات الجسمية والصحية

مقدمة :

تعتبر الإعاقة الجسمية والصحية مشكلة في المقام الأول، إضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها على الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها، خاصة إذا حدثت الإعاقة في مراحل عمرية متأخرة، فقبل حدوث الإصابة يكون الفرد قد رسم لنفسه نهجاً وخططاً معينة، وبحدوثها يشعر الفرد بخسارة عضو من أعضائه أو شلل في أحد أطرافه أو جميعها، فتتأثر حركته وتنقله وتوازنه مما يجعله يشعر بالنقص والاختلاف عن أقرانه العاديين، وتزداد هذه المشاعر لديه عند شعوره بالألم من جراء الإصابة أو حاجته لدخول المستشفى لفترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في حركته وتنقله أو أنه مهدد بالخوف والموت في أي وقت، ومن الطبيعي أن تحول الإعاقات الجسمية والصحية الشديدة من حضور الطفل المدرسة أو الأنشطة والمناسبات الاجتماعية إلى الحد الذي يستدعي تقديم الخدمات والبرامج الخاصة بالطفل في البيت أو المستشفى (Hallahan & Kuffman, 1999) (Hewerd & Orlansky, 1988).

تعريف الإعاقات الجسمية والصحية :



المعوقين جسمياً وصحياً هم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي، مما يؤدي إلى عدم حضورهم المدرسة مثلاً أو أنه لا يمكّنهم من التعلّم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة، ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية (Patton, et. al., 1996).

شيوع الإعاقات الجسمية والصحية:

بشكل عام فإن نسبة شيوع هذه الإعاقات تعتبر محدودة مقارنة بعدد السكان، إذ تبلغ حوالي (0.003 ـ 0.005)، وتجدر الإشارة هنا أنه على الرغم من التقدم الطبي والتقني وإسهامه في الوقاية والمعالجة للعديد من هذه الإصابات إلا أن نسبة هذه الفئة قد زادت في الآونة الأخيرة بسبب تحسين وسائل التعرف والكشف عليها ووعي الأسر في البحث عن الخدمات الملائمة لها، وبذلك فإن التقدم الطبي والتقني لم يخل من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة، حيث إن استخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحياناً إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم إنه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة فإن نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات والتي تعتبر حالات شديدة ميؤوساً منها قد قلت مما زاد من نسبة المعوقين جسمياً وصحياً، وقد زاد هذا الوضع من الأعباء المفروضة على مختلف التخصصات التربوية والطبية المساندة كالعلاج الطبيعي والمهني...إلخ. ولا تعني هذه المناقشة بأي حال من الأحوال تقليل أو إلغاء دور المجال الطبي والتقني في الحد من حدوث هذه الإعاقة والتخفيف من الآثار المترتبة عليها، ويمكن تدعيم دور هذه المجالات أيضاً بضبط العوامل الأخرى التي قد تؤدي إلى حدوث هذه الإعاقة من مثل الحوادث بمختلف أشكالها وعوامل سوء التغذية (القريوتي وآخرون، 2001).

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية:

تعتبر فئات الأفراد المعاقين جسمياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسمياً وصحياً، وعلى أيّة حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقات الجسمية والصحية حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة على النحو الآتي:

أولاً: إصابات الجهاز العصبي المركزي Neurological Impairments

- الشلل الدماغي. Cerebral Palsy
- الشق الشوكي أو الصلب المفتوح. Spinal Bifida
- إصابة الحبل الشوكي. Spinal Cord Injury
- الصرع. Epilepsy
- استقساء الدماغ. Hydrocephaly
- شلل الأطفال. Polio
- تصلب الأنسجة العصبية. Multiple Sclerosis

ثانياً: إصابات الهيكل العظمي Skeletal Impairments

- تشوه وبتر الأطراف. Amputation
- تشوه القدم. Club Foot
- التهاب الورك. Legg-Perthes Disease
- عدم اكتمال نمو العظام. Osteogenesisi Imperfect
- التهاب العظام. Osteoarthritis
- الخلع الوركي الولادي. Congenital Dislocation of Hips
- التهاب المفاصل. Arthritis
- التهاب المفاصل الثياني. Rheumatoid Arthritis
- شق الحلق والشفة. Cleft and Lip Palate
- ميلان وانحراف العمود الفقري. Scoliosis

ثالثاً: إصابات العضلات Muscular Impairments

- ضمور العضلات. Muscular Dystrophy
- انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي. Spinal Muscular Atrophy

رابعاً: الإصابات الصحية Health Impairments

- الأزمة الصدرية أو الربو. Asthma
- التهاب الكيس التليفي أو الحويصلي. Cystic Fibrosis
- إصابات القلب. Heart Diseases
- متلازمة داون. Down-s Syndrome

الضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية:

بين كل من السرطاوي والصمادي (1998) الضغوط التي تتعرض لها أسر المعاقين جسمياً وصحياً بشكل عام:

1. انعزال الأسرة عن الوسط الاجتماعي الداعم الذي يتمثل في الأقارب والأصدقاء الذين يمكن أن يقدموا العون للأسرة، والدعم النفسي لها، ويترتب على عزلة الأسرة هذه، شعور الوالدين بالاستنزاف، والجهد الكبير، بسبب عدم دعم الآخرين من خارج الأسرة لهم، مما يجعل الوالدين أقل فاعلية في مسايرة الطفل المعاق، وتلبية احتياجاته. ويترتب على ذلك أن تكون فرص التعلم للطفل محدودة خارج نطاق الأسرة.
2. تطرف أدوار أفراد الأسرة وعزل الأدوار بين أعضاء الأسرة، حيث يلقى عبء العناية بالطفل المعاق على الأم، التي تحتاج إلى مساعدة الأب، والذي بدوره يميل إلى العمل والبقاء خارج المنزل، ويرى أن دوره لا يشمل العناية المباشرة بالطفل، ويزداد الموقف صعوبة، عندما يضطر الأب للعمل ساعات طويلة خارج المنزل، كي يوفر الحد الأدنى من متطلبات العيش، كذلك فإنّ استنزاف جهود الأم للعناية بالطفل المعاق، يمكن أن يؤثر على إشباع

حاجات الأب والإخوة داخل الأسرة، فينشأ عدم توازن في الأدوار مما يؤثر بالتالي على الأسرة.

3. التكلفة العالية، إذ إن العناية بالطفل المعاق جسمياً وصحياً تعد مكلفة، وتتطلب توفير أموال كبيرة قد لا تستطيع الأسرة تحملها، وإذا كان المستوى الاقتصادي للأسرة منخفضاً، فإن ذلك سينعكس على الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المعاق.
4. احترام الذات للوالدين ومكانتهما الاجتماعية، إذ يتأثر إدراك الوالدين للذات والطريقة التي ينظر بها الآخرون إليهما، وينعكس ذلك على طريقة معاملة الآخرين لهما، إذ إن الوالدين يشعران بأنه لم يعد لهما مكانة عالية في المجتمع، كما كانا قبل وجود الطفل المعاق، ويشعران بأنّ الناس لا تحترم مشاعرهما، وحاجاتهما الخاصة، إضافة إلى تأثر احترام الذات لديهما.
5. الخوف من المستقبل، إذ إن الطفل المعاق جسمياً وصحياً يحتاج إلى رعاية وعناية خاصة بشكل مستمر، خاصة في الحالات الشديدة، ويعاني الوالدان من الخوف على مستقبل الطفل بعد وفاتهما، فما الذي يمكن أن يحصل مع المعاق بعد ذلك؟ ومن الذي سيساعده؟ وهل من الممكن أن يتدبر أمره؟ وكل هذه التساؤلات تثير الخوف والقلق لدى الوالدين.
6. صعوبة الحصول على الخدمات المناسبة للطفل، فيحاول الوالدان السعي للحصول على الخدمات المناسبة للطفل، وفي كثير من الأحيان لا يقتنع الوالدان بما يقدمه لهما الاختصاصيون في المجالات المختلفة، ويصبح لديهما شك وعدم تيقن، مما يدفعهما لاستشارة أكثر من اختصاصي، وفي بعض الأحيان يواجهان بآراء متباينة عن الطفل، مما يزيد في شكهما، والوصول إلى عدم الثقة بالاختصاصين، وتصبح العلاقة بينهما وبين الاختصاصيين

سلبية، لا يسودها التفهم والثقة، وإنما العداء وعدم الثقة، ويتضح ذلك في حالات الإعاقة الغامضة التي لا تتضح مظاهرها.

7. آثار العلاج الطبي، إذ يحتاج المعاق جسمياً وصحياً في كثير من الأحيان إلى العناية الطبية، والإقامة في المستشفى للعلاج، والتعرض للألم، وذلك نتيجة للتدخلات الطبية أو الجراحية، مما يجعل الطفل منفصلاً عن والديه وأسرته، وينعزل عنهم، ولا سيما إذا تكرر دخوله وخروجه من المستشفى فيشعران بأنهما لا يستطيعان مساعدة الطفل على تخطي هذه المشاعر، وأنهما مسؤولان ولو جزئياً عن تلك المشاعر، مما يؤدي بهما إلى القلق والشعور بالذنب.
8. نقص مهارات العناية بالطفل، وليس مهارة في التعامل مع الطفل وإعاقته، وذلك لعدم توافر المعلومات، وانعدام التجارب الشخصية والعائلية، مما يزيد من أعباء الوالدين وسعيهما إلى التعرف على الإجراءات التي يجب استخدامها لتلبية احتياجات الطفل المعاق.
9. عدم التمتع بأوقات الفراغ بسبب الرعاية المتواصلة التي يجب توفيرها للطفل المعاق من قبل الأسرة، فلا تجد الأسرة وقت فراغ يروح فيه أفرادها عن أنفسهم، خاصة في أيام الإجازات والعطل، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم وجود مؤسسات العناية المؤقتة التي يمكن أن توفر خدمات للطفل عندما يشعر أفراد الأسرة بالحاجة إلى الراحة، أو الترويح عن أنفسهم.

الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً:

يعد من الصعوبة بمكان الحديث عن الخصائص السلوكية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً وذلك للعديد من الأسباب أهمها:

1. اختلاف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقات الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

2. اختلاف درجة كل مظهر من مظاهر الإعاقة الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا، وبناء على ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي والسمات الشخصية، بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية، وعلى سبيل المثال، فقد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى أخرى من فئات الأطفال المضطربين حركياً، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد، إتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتوفر الفرص التربوية المناسبة.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين جسمياً وصحياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة، ودرجتها، وقد يكون لمشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الجسمية والصحية.

البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

لقد أشارت بيجي (1986) إلى ضرورة تقييم الجوانب الآتية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

- المهارات الأكاديمية الأساسية.
- التحصيل الأكاديمي.
- المهارات الإدراكية.
- التطور المعرفي.
- التطور اللغوي ومهارات الاتصال.

- المهارات الشخصية والاجتماعية.
- السلوك التكيفي الجسدي.
- الاهتمامات والقدرات.
- المهارات الوظيفية (Bigge, 1986).

أما مسؤولية التعرف على الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً فتقع على كاهل فريق من الأطباء المتخصصين وذلك من خلال قيامهم بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة والتي تشمل:

1. دراسة العوامل الوراثية.
2. دراسة مظاهر النمو الحركي.

ثم بعد ذلك تقديم العلاج المناسب.

تعليم الطلبة المعوقين جسمياً وصحياً:

أولاً: يجب أن يبدأ التعليم العام لهؤلاء الطلاب في وقت مبكر ويستمر على مستوى ما في جميع مراحل الحياة.

ثانياً: يحتاج الطلاب عادةً لتعلّم الكلام واللغة والتدخل في حين أن العديد من الآخرين سيحتاج لتدريبات بدنية وللعلاج الوظيفي، في حين أن البعض من ذوي الاحتياجات الطبية قد تتطلب خدمات التمريض أو الإشراف عليها.

ثالثاً: لأن الفرق (الفجوة) التعليمية للطلاب غالباً ما تكون كبيرة، لذلك فالتعاون الوثيق بين أعضاء الفريق (فريق التدخل) ضروري، وتبادل خبراتهم تكون نتيجته تحسناً في أداء الطالب، ومن المقبول على نطاق واسع فوائد دمج العلاج الطبيعي في الأنشطة خلال الممارسة التقليدية للعزلة، أو الانسحاب أو العلاج.

رابعاً: المناهج الدراسية لهؤلاء الطلاب تميل إلى أن تكون ذات طبيعة وظيفية، والتي تعكس المهارات اللازمة في الحياة اليومية في جميع أنحاء المجتمع المحلي أوقات الفراغ، والمدرسة، والمجالات المهنية. ويتم تعليم الطلاب على الاختيار، والتواصل بالطرق الفنيّة.

الاتجاهات والخلافات:

ظهرت اتجاهات عامة عدة في الولايات المتحدة، اعتبرها البعض مثيرة للجدل لأنها تدعو إلى إدراج هؤلاء الطلاب في التعليم العام مع الدعم اللازم، مما يساهم في تحسن في حياة هؤلاء الطلاب، ومن هذه الاتجاهات والخلافات ما يلي:

أولاً: من خلال التقدم في تكنولوجيا الطب فهؤلاء الأفراد لا يعانون فقط من حياة أطول، ولكن أيضاً خيارات أفضل في التنقل والاتصال، وزيادة حسية، وغيرها من الخدمات.

ثانياً: في عام (1960) كان هناك تحسن تدريجي في المواقف الاجتماعية تجاه المعوقين، وقد أدى ذلك إلى الحماية القانونية، والتعليم الخاص، والبدائل المعيشية في المجتمع المحلي، ودعم العمالة، وزيادة في الدعم ذات الصلة.

ثالثاً: منذ العام (1989) تم منح حق التعليم المجاني للجميع، ويشمل ذلك الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة في الفصول الدراسية والأنشطة المجتمعية مع أقرانهم غير المعاقين وظلت هذه الفكرة مثيرة للجدل بشكل خاص.

فالبيانات الخاصة تظهر النمو التدريجي للطلبة المعوقين الذين يتم وضعها في إطار التعليم العام، ولكنها أظهرت نمواً أبطأ بكثير للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. وشككت المدارس أنها ليست قادرة لتشمل هؤلاء الطلاب أو تقديم الدعم والخدمات اللازمة لتحقيق التعليم الفعّال لجميع المشاركين.

الخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليميّة للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً:

تعديل البيئة الملائمة للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين النمو الحركي والنمو النفسي فالنمو غير الطبيعي قد ينجم عنه صعوبات في التكيف واضطرابات انفعالية، ومن القيود على حركة الطفل ما يتصل بالإعاقة الحركية ذاتها ومنها ما يتصل بعوامل خارجية، فالإعاقة تفرض قيوداً تشعره بالإحباط والغضب، فهو يريد أن يستقل ويعتمد على نفسه

وأن لا يكون عالة على أسرته وعلى الآخرين، ولا بد من تعديل البيئة الملائمة للفرد المعوق جسمياً وصحياً سواء في البيت أو المدرسة أو المواصلات أو الشارع، وفي المجتمع بشكل عام (Linderman, 1981).

أولاً: تكييف المنزل

تعتمد نوعية التكييف المطلوب في المنزل على نوعية الإعاقة التي يشكو منها الطفل، وشدة الإعاقة وعمر الطفل، فالتكييف المطلوب لطفل كفيف يختلف عن التكييف المطلوب لطفل مشلول يستخدم كرسياً متحركاً، فمثلاً إن سطحاً مائلاً بسيطاً أمام المنزل يساعد الطفل على دخول المنزل على كرسي ذي عجلات ويمكن عمله من الخشب أو الإسمنت.

ثانياً: تكييف المدرسة

1. عند وجود الأطفال المعوقين جسدياً في المدرسة، علينا أن نتذكر احتياجاتهم الخاصة ونحاول القيام بتلبيتها، فالأطفال العاجزون عن النهوض أو الركض، يجب أن لا يقضوا يومهم وهم جالسون على الكراسي، لأن ذلك قد يؤدي إلى حدوث تفقعات، وأقدام متورمة وعظام وسيقان ضعيفة وغيرها من التشوهات.
2. الأطفال الذين يجدون صعوبة في إمساك القلم أو الفرشاة أو تقليب صفحات الكتاب يمكنهم استخدام قطعة من أنبوب أو من غصن شجرة أو كرة مطاطية للإمساك بالقلم.

وهناك شروط للمبنى المدرسي الخاص بالأفراد المعوقين جسمياً وصحياً منها:

- لابد أن يكون المبنى المدرسي في منطقة تتوافر فيها الخدمات المناسبة وبعيد عن كثافة السير وأصوات المصانع.
- لابد من توافر مساحة من الأرض لمراعاة إمكانية التوسع.
- لابد أن يكون المبنى واحداً لا مجموعة بنايات وأن يكون من طابق واحد لتجنب وجود أدراج.

- لابد من أن تكون الغرف واسعة وأن يتوافر عدد كافٍ من الحمامات والوحدات الصحية والتهوية والإنارة ومكان للألعاب والحدائق.
- يفضل الأثاث الخشبي الخالي من وجود حواف وأطراف حادة به.
- لابد من إزالة الحواجز البيئية لتسهيل اندماج المعوقين جسمياً وصحياً في مجالات الحياة ومنها:
  1. الحواجز العمرانية، مثل ضيق الأبواب والمصاعد.
  2. تكييف المواصلات، مثل تصميم سيارات تقاد باليد للمعوقين حركياً.
  3. الحواجز الثقافية، وذلك من خلال تطوير الأساليب والوسائل التعليمية للمعاقين جسمياً وصحياً.
  4. الحواجز في أماكن العمل، وهي العوائق التي تمنع المعوقين جسمياً وصحياً من دخول أماكن العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة (Linderman, 1981).

وفي هذا السياق أجرى سينج (Singh, 2003) دراسة هدفت التعرف إلى المرافق والخدمات التي تقدمها (137) مؤسسة تعليمية عليا، تم اختيارها بطريقة عشوائية وقد أشارت النتائج أن (7٪) فقط من هذه المؤسسات التعليمية تراعي حاجات المعوقين جسمياً وصحياً من حيث تصميم الأبنية، والبرامج التعليمية والأكاديمية، كذلك البيئة السكنية ومرافق الاستجمام والترفيه.

ويرى المؤلفان أن أهم الخدمات التي يجب توافرها في البيئة التعليمية للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً، كما يلي:

أولاً: تصميم الأبنية التعليمية

حيث تكون مكيفة (معدلة) بتوفير المعايير المائلة للكراسي المتحركة Ramps والتي تربط الأبنية ببعض، والأبواب الأوتوماتيكية المزودة بأزرار للتحكم، وتوفير المصاعد في كل البنايات وتكون مزودة بأزرار مكتوب عليها بلغة بريل ولغة الإشارة، توفير المماشي الجانبية المزودة بقضبان على الجدار، وتجهيز الفصول ودورات المياه من حيث المساحة والحجم، لدخول الكراسي المتحركة للمعوقين، وتجهيز المكتبات

بكل المصادر السمعية والمرئية والمقروءة بما يناسب حاجاتهم، وكذلك توفير قاعات كمبيوتر، وتوفر وسائل الاتصال داخل المباني لتسهيل الاتصال في حال الطوارئ.

وقد ذكر مرسي (1996) مصطلح الهندسة التأهيلية الذي يعني: تصميم الأبنية والتجهيزات المتخصصة مع الأخذ بعين الاعتبار إزالة العراقيل التي يمكن أن تعوق حركة المعاق أو قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها في هذه الأماكن.

وقد ذكر كل من جرير وألسوب وجرير (Greer, Allsop, Greer, 1980) بعض المواصفات التي يجب توافرها عند تصميم الأبنية وكانت:

- **الأبواب**: عرض الباب يكون على الأقل (12) إنشاً، وأن تكون عتبة الباب منخفضة بما فيه الكفاية بحيث لا تُمثل عائقاً، وأن تكون هناك مساحة كافية على جانبي الباب ليتسنى فتحه بسهولة.
- **دورات المياه**: أن يكون لحجرة الاستحمام درابزين بمقاسات مناسبة للمعوق، وأن يكون ارتفاع المقاعد (20) إنشاً، وارتفاع المغاسل وعلاقات المناشف والمرايا (36 ـ 40) إنشاً.
- **صنابير المياه**: يراعى تشغيلها آلياً بمجرد وضع اليد تحتها وأن يكون ارتفاع الصنابير (26 ـ 30) إنشاً، وأن تثبت في أماكن يمكن الوصول إليها.

ثانياً: تكييف البرنامج التعليمي

ذكر القمش (2011) أن تكييف البرنامج التعليمي يكون بتقديم خدمات الإرشاد والتوعية والإجابة عن تساؤلات المعوقين داخل الأماكن التعليمية، وتمديد وقت أداء الاختبار حسب إمكانات المعوق وملاءمة الواجبات التي تصمم للمعوقين، وكذلك المرونة في الوقت ومكان الدرس حسب قدرات وإمكانات المعوقين (Singh,2003).

وكما ذكر يزيلدايك (Ysseldeke,1997) فإن التعديلات التعليمية المطلوبة في المدرسة للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً، وهذا يعتمد على نوع إعاقة الفرد وشدتها، فبعض الطلبة يحتاجون مساعدة طوال اليوم الدراسي، وآخرون يحتاجون المساعدة في بعض الأنشطة أما البعض الآخر فقد يحتاجون إلى القليل من التعديلات فقط.

ومن بين التعديلات العامة التي يقوم بها المعلمون لمساعدة الطالب على الاستجابة للمهمات الأكاديمية:

الكتابة على دفتر الملاحظات بدل الكتابة على جميع الدفاتر لغرض التدريب، وتأمين الأدوات المكتبية (القرطاسية) للطالب وتسهيل الوصول إليها، والاعتماد على أسئلة الاختيار من متعدد التي تتطلب كتابة قليلة، واستعمال معالجات الكلمات مثل الكمبيوتر والآلة الكاتبة والآلات الحاسبة بدلاً من الكتابة اليدوية للإجابة أو الحساب، وتنظيم عملية التعلم وإدارة الوقت بشكل مناسب داخل الغرفة الصفية، والتركيز على التعليم بالخطة الفردية التربوية والتعليمية (Forest & Lusthans, 1989)، وكذلك استخدام التكنولوجيا (كالهاتف، والتلفاز والإنترنت) لتوفير التعليم في البيت والمدرسة والمستشفى ولكل الطلاب (Lunch, Lewis, & Murphy, 1993)، وتطوير مهارات الطلاب في استخدام المكتبة والحاسوب وتدريبهم للعمل ضمن مجموعات كجزء من روتينهم اليومي لتقوية الجانب الاجتماعي واختيار المناهج المناسبة والمهارات التي يستطيع الطالب التعلم بواسطتها (Turner, Baldwin, Kleinert, Kearns, 2000).

ثالثاً: تكييف السكن للطلبة المعوقين

وهذا يكون بتصميم البيوت والشقق السكنية بتوفير مساحات لتسهيل تنقل المعاق بالكرسي المتحرك، وتكييف دورات المياه والمغاسل لتلبي حاجاتهم، وتسهيل الوصول لمخارج الطوارئ عند الحاجة إليها، وتوفير ممرضين وكادر طبي طوال اليوم لخدمة الطلبة المعوقين (Singh, 2003).

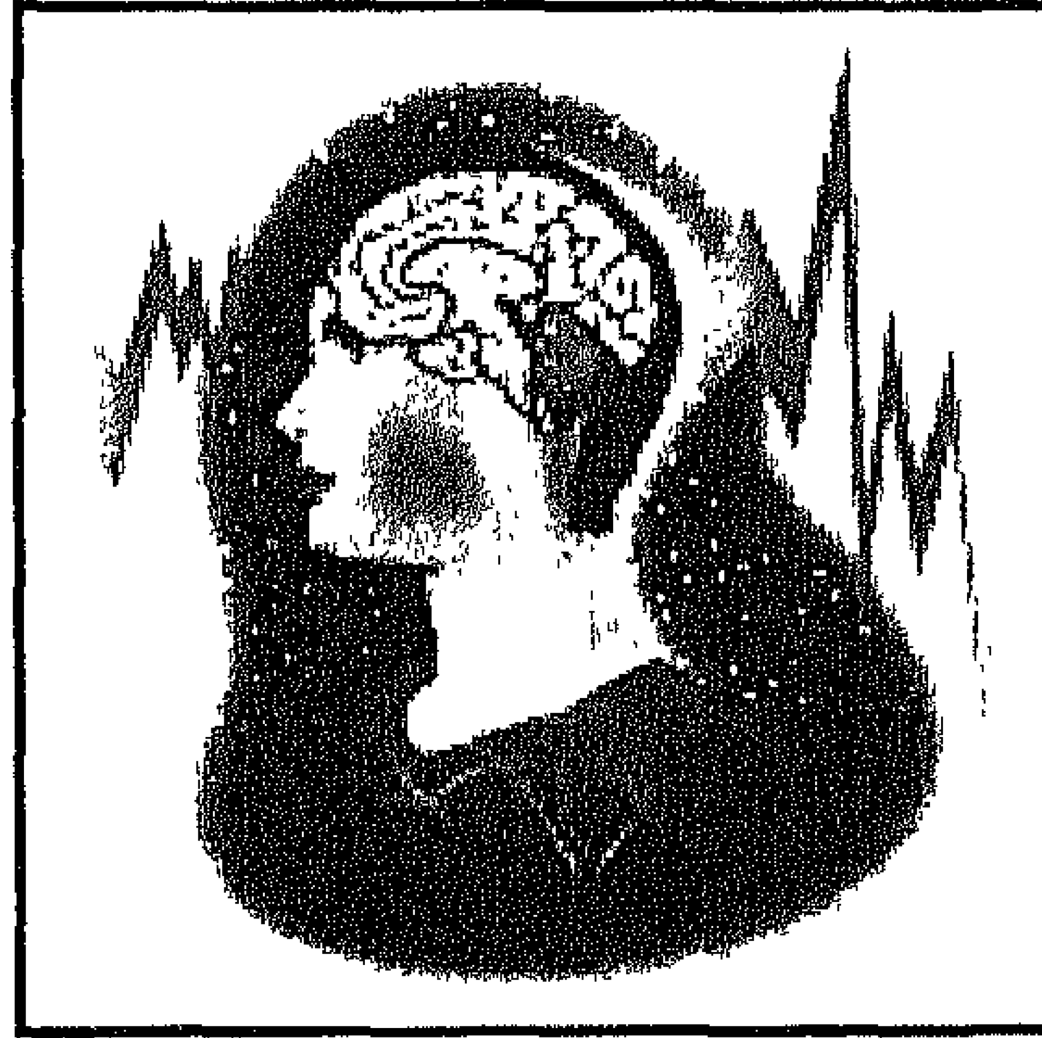
وبالرغم من اختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين جسمياً وصحياً وذلك تبعاً لنوع الإعاقة ودرجتها إلا أنه يمكن أن نميز **البرامج التربوية التالية لهم:**

1. **مراكز الإقامة الكاملة:** وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، وحيث تقدم لها الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.
2. **مراكز التربية الخاصة النهارية:** وتناسب هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، وخاصة المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في

هـذه المراكـز النهاريـة بـرامج علاجيـة كـالعلاج الطبيعـي وبـرامج تربويـة تتناسـب ودرجة الإصـابة بالشلل الـدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهـارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

3. بـرامج الـدمج الأكـاديمي: وتناسـب هـذه الـبرامج الأطفـال المـصابين بـشلل الأطفال أو الصرع، أو الـسكري، أو التهاب المفاصل، أو الربو، وقد تأخذ بـرامج الـدمج شـكل الـصفوف الخاصـة الملحقـة بالمدرسـة العاديـة أو الـدمج الأكـاديمي الكامـل في الـصفوف العاديـة، ومـن المناسـب أن تعمـل المـدارس علـى إجـراء بعـض التعـديلات في البنـاء المدرسـي وذلـك لتناسـب مثـل هـذه التعـديلات الطلبـة الـذين يـستخدمون الكراسـي المتحركـة، وتتـضمن تلـك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية.

علاج الصرع:



مع أن علاج الصرع الأساسي هو باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية، إلا أنه يجب ألا يقتصر على ذلك وإنما يجب أن يشمل جميع جوانب حياة الشخص المصاب بالـصرع كالجانب التربوي والأسـري والنفسـي والاجتماعي، كذلك يجب أن لا يقتصر عـلاج الصرع على التعامل مع الفرد المصاب ومحاولة ضبط نوبات الصرع لديه، وإنما يجب أن يشمل التدخل العلاجي أيضاً جميع الأطراف الذين يتعاملون مع الفرد المصاب والعمل على توعية الناس المحيطين به بنوبة الصرع وأسبابها وكيفية التعامل معها.

وفيما يلي بعض الإرشادات الواجب القيام بها لمساعدة مريض الصرع أثناء حدوث النوبة:

1. يجب التأكد من وصول الأوكسجين إلى المريض وأن مجاريه التنفسية مفتوحة وتسمح بمرور الهواء إليه.
2. يجب تجنب فتح الفم إذا كان مغلقاً.
3. يجب وضع أشياء بين الأسنان إن أمكن من أجل عدم إيذاء المريض للسانه.
4. يجب وضع جسم المريض بشكل جانبي لكي يزول اللعاب والزبد ولا يدخل إلى الرئتين في حالة نوم المريض على ظهره.
5. يجب إبعاد الأشياء التي قد تؤذي المريض أثناء النوبة خاصة في مرحلة الاهتزازات.
6. يجب ترك المريض حتى تنتهي النوبة دون تدخل. وقد يشعر المريض بعدها بالحاجة إلى النوم فيجب التأكد حينها من أنه يتنفس بشكل طبيعي أثناء النوم.
7. وأخيراً استدعاء الطبيب إذا كانت النوبة طويلة أو نوبات متواصلة (Derisbasch, 1982).

علاج شلل الأطفال:



إن الهدف الرئيس من علاج حالة شلل الأطفال تتمثل في التخلص من الآثار الناجمة عن هذا المرض، وتحديداً يتضمن العلاج ما يلي كما ورد في (القمش، 2011):

- محاولة إعادة المريض للعيش باستقلالية مع المحافظة على الوظائف الحيوية اللازمة.
- المحافظة على وضع جسمي سليم للمريض أثناء الجلوس أو النوم.
- معالجة تقلص العضلات والأوتار.
- التركيز على العلاج الطبيعي (Umbriet, 1993).

علاج تصلب الأنسجة العصبية (Multipe Sclerosis):

تصلب الأنسجة العصبية مرض يصيب المراهقين وكبار السن، وهو مزمن ويسبب تدهوراً مستمراً ودائماً للجهاز العصبي ويؤدي في النهاية إلى تصلب وتلف الغمد النخاعي لبعض الأعصاب، ويصعب التنبؤ بمستقبل المريض، فقد يعيش الفرد المصاب حياته العادية دون أي مشاكل، ولكن إذا كان حضوره إلى المدرسة أو مكان العمل صعباً فيجب أن يتلقى البرامج التربوية والتأهيلية الخاصة.

تصاحب الإصابة بهذه الحالة مشكلات حسية متعددة، وخاصة البصرية منها، إضافة إلى جملة الاضطرابات والصعوبات الأخرى من مثل ضعف العضلات والشلل التشنجي والاضطرابات الانفعالية (Hallahan & Kauffman, 1991).

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

يندرج تحت بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً ما يطلق عليه برامج التأهيل Habilitation Programs ويقصد بها تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج الآتية:

1. التأهيل الطبي Medical Habilitation: ويقصد بذلك تأهيل الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال

تزويـدهم بـالأطراف الـصناعية المناسـبة، أو اسـتخدام العـلاج الطبيعـي Physical Therapy والـذي يعـاني مـن آلام جـراء الإصـابة اسـتخدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء Hydro Therapy لبعض حالات الإعاقة.

2. **التأهيـل المهـني Vocational Habilitation**: ويقـصد بـذلك تأهيـل المعـاق جسمياً وصحياً من الناحية المهنية، وذلـك مـن خـلال تدريبه علـى مهنـة مـا ثـم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

3. **التأهيـل الاجتمـاعي Social Habilitation**: ويقـصد بـذلك تأهيـل المعـاق جـسمياً وصـحياً مـن الناحيـة الاجتماعيـة، وذلـك مـن خـلال مـساعدته علـى التكيـف الاجتمـاعي، ويعتبـر العـلاج بالعمـل Occupational Therapy مـن البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقليـة وجسمية تمكنه من القيام بعمل مـا، وبالتـالي مـساعدته في عمليـة التكيـف الاجتمـاعي.

منهاج بافاريا لمتعددي الإعاقات الجسمية والصحية:

قـام بإعـداد هـذا المنهـاج مجموعـة مـن معلمـي التربيـة الخاصـة في إقلـيم بافـاريا بألمانيا وقد خضع المنهاج لاختبـار دقيق ومكثف على مـدى خمـس سـنوات في نخبـة مـن المدارس المختصة بتعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقات متعددة، وقـد أضـاف المعلمـون والآباء والأمهات والخبراء النفسيون الأفكار والتوصيات والمقترحات لهذا المنهاج.

أقسام المنهاج:

بين **القمش** (2011) أن المنهاج ينقسم إلى ثلاثة أقسام هـي:

- التعليم التطويري.
- مهارات المواد الأساسية.
- مهارات المواد الثانوية.

ومـن الأهـداف الـتي يرمـي إليهـا هـذا المنهـاج تـشجيع المعلمـين علـى الـتفكير والابتكار في المواد التعليمية والتربوية وعلى اختيار أو إضافة أفكار ونشاطات تناسب الصفوف التي يعلمونها وتناسب الطلاب كأفراد.

ولتحقيق هذه الأهداف قد يحتاج المعلم إلى:

- أن يحسن الاختيار من قوائم المقترحات العملية الخاصة بنشاطات غرفة الصف.
- تحضير منهاج صفه وخططه التعليمية بما يفي باحتياجات طلابه ويتلاءم مع قدراتهم.

يجب أن يسير كل موضوع من مواضيع المنهاج وكل فصل من فصوله على نفس المبدأ التعليمي، حيث يبدأ ذلك بنشاطات بسيطة جداً تعطى للأطفال الصغار وللأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ثم يتجه نحو نشاطات بسيطة جداً أكثر تقدماً، هذا وسيجد المعلمون اعتبار المقترحات الواردة في المنهاج نقطة انطلاق تحرك إبداعهم وأحاسيسهم نحو أشياء أكثر ملاءمة للأطفال الذين يتعاملون معهم.

كما قد تم تصميم هذا المنهاج بحيث يتضمن أكبر قدر ممكن من الأهداف التعليمية والمقصود بذلك أن المهارات تجزأ إلى خطوات أبسط متدرجة من مبادئ أساسية تمهد للمهارات إلى مهارات أكثر تعقيداً الهدف منها الانتقال نحو أهداف للتعلم الحقيقي **مثال:**

القراءة ـ لا يقصد بها مجرد أن يقرأ الطالب كلمات وجملاً، بل أن يقرأ أيضاً الأشياء والحالات والصور والإشارات والرموز.

الرياضيات ـ لا يقصد بها مجرد المفاهيم الصعبة للعلوم الرياضية المتقدمة بل يقصد بها أيضاً الجوانب الأساسية من الكميات والأعداد.

وفي هذا المنهاج ينبغي تقسيم عملية التعليم إلى "**موضوعات خاصة**". إن المقصود بمضامين هذا المنهاج أن تكون مرتبطة بوقائع الحياة اليومية وهي في مجملها مضامين

مترابطة الجوانب وقابلة للربط بوقائع الحياة اليومية والحياة المدرسية، والتعليم الجيد هو التعليم الذي ينظر إلى أهمية الشيء باعتباره وحدة واحدة وعلى أهمية العلاقات المترابطة بين أجزائه، والتعليم الجيد هو التعليم المنبثق من مصدره الحقيقي وذلك باستخدام حالات حقيقية من وقائع الحياة التي يستطيع الأطفال أن يشاركوا فيها بدلاً من إعطاء تدريبات وتطبيقات لا تعني الكثير للأطفال.

ويمكن استخدام طريقة "**الخطة اللولبية للتعليم**" وذلك بتكرار نفس الموضوعات في كل سنة بعد أن يضاف إليها محتويات أكثر توسعاً وتعقيداً أثناء تزويد الطلاب بالمهارات والمعارف والخبرات.

طريقة تنظيم مادة المنهاج:

- ما الذي ينبغي أن يتعلمه الطلاب؟ (مضمون المادة وأهداف التعلم).
- كيف ينبغي أن يتعلمه الطلاب؟
- كيف يمكن تعليمهم الموضوع على أفضل وجه؟ (الأسلوب).

ونظراً للتباين الكبير بين مستويات الأداء الوظيفي للطلاب في أي مدرسة فإنه لا يمكن أن يكون إلزامياً. إن من مسؤلية المعلم الجيد أن يختار أهدافاً ملائمة وضرورية ومفيدة لصفه كوحدة واحدة ولطلابه كأفراد.

الأهداف في هذا المنهاج هي توصيات ينبغي اختيارها حسب احتياجات وقدرات كل طالب على حدة وينبغي أن يدرك المعلم أن أمامه مساحة واسعة للاختيار الملائم لحالات الأفراد عندما يريد أن يختار أهدافاً ويضع مناهج خاصة تمثل روح الإبداع والابتكار لديه.

التعليم في مدارس المعاقين عقلياً لا يوضع له خطة نهائية مسبقة بل خطة جزئية لأن الحالات الحقيقية أو الأحداث التي تقع في البيئة المحيطة بالطلاب أو الاحتياجات المفاجئة التي تهمهم كأفراد ينبغي اتخاذها على الفور وبطريقة ملائمة كفرص تعليمية لهم.

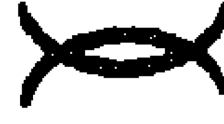
ومعلم الصف هو المسؤول عن تنظيم العملية التربوية في الصف وعن ابتكار ما يجعلها تسير في مسارها الصحيح وفي جميع الأحوال يعتبر التعاون الوثيق بين أفراد الفريق الواحد أمراً جوهرياً لتفعيل هذه العملية.

محتويات منهج بافاريا:

يتكون منهج بافاريا من ثلاثة مكونات أساسية هي:

أولاً: التعليم التطويري

- **الناحية الحسية ـ الحركية: وتشمل:**
  - التحكم بحاسة اللمس في بشرته.
  - إدراك التلميذ لجسمه.
  - تطوير وظائف اليد (المهارات الحركية الدقيقة).
  - تطوير السيطرة على الجسم.
  - التحرك من مكان إلى آخر.
  - السيطرة على المهارات الحركية للوجه والفم.
- **الإدراك: ويشمل:**
  - ملاحظة المثيرات (المنبهات).
  - كيفية التفاعل مع المثيرات.
  - تطوير التناسق بين الحواس.
  - تكرار المنبه (المثير).
  - توقع الحافز (الباعث) أو تسبب حدوثه.
  - ضبط حركة العين/ الجسم.
  - تمييز الأشخاص والأشياء وفهم الأوضاع.
  - تمييز صور الأشخاص والأشياء والحالات.
  - التعبير اللفظي عن معلومات حسية.
  - إدراك الأشكال والألوان والأحجام.




- تحسين نطاق الإدراك.
- توجيه الإدراك.

➢ **اللغة/ النطق:** وتشمل:

- الكلام وسيلة تعبير.
- تطوير الوظائف الحركية لأعضاء الكلام.
- معرفة الطفل أن الكلام طريقة للتعبير.
- الإصغاء للكلام بوعي وإعطاء أولوية للتواصل اللفظي.
- التواصل بالألفاظ.
- تحسين المهارات اللفظية.

➢ **التفكير/ عمليات التفكير:** وتشمل:

- تطوير الإدراك الحسي الحركي.
- فهم طبيعة الأشياء ووظائفها.
- تطوير الذاكرة والخيال.
- تعلم كلمات مجردة ومفردات خاصة واستعمالها.
- حل المشكلات.
- تطوير الإبداع (أي القدرة على التكوين والابتكار).
- استعمال المعرفة الحالية في توقع المستقبل.
- تطوير مهارات الحكم على الأشياء وتقويمها.
- تطوير الوعي بعمليات التفكير.

ثانياً: مهارات المواد الأساسية

➢ **مهارات الاعتماد على النفس:** وتشمل:

- ارتداء الملابس.
- آداب الطعام.
- النظافة والأناقة الشخصيتان.

- استعمال الحمام في قضاء الحاجات.
- السلامة الشخصية.
- الاعتناء بالممتلكات الشخصية.

➢ **ممارسة اللعب المنظم: وتشمل:**

- اللعب المنظم من أجل الاستكشاف.
- اللعب التخيلي واللعب الرمزي.
- لعب الأدوار.
- فهم وقبول قواعد وأحكام اللعب المنظم.
- اللعب باستخدام الدمى.
- توفير مكان للعب المنظم واستخدامه.

➢ **العلاقات الاجتماعية: وتشمل:**

- تجربة العناية المبنية على المحبة والرفق.
- الإجابة ومبادلة الاهتمام.
- الإجابة ومبادلة التواصل مع الغير.
- العيش مع الآخرين.
- مراعاة قواعد السلوك الاجتماعي المقبولة.
- البدء بالعلاقات والمحافظة عليها.
- العيش مع معاق.
- تكوين علاقات دون تدخل المدرسة والأسرة.

➢ **الأسرة والجوار والمواطنة: وتشمل:**

- العيش والتعلم في المدرسة.
- المشاركة في الحياة العائلية.
- معرفة طريقة صنع البيوت وأساليب الحياة.
- الانسجام مع الجيران.

- التجول في منطقة الجوار (الحارة).
- معرفة واستعمال الخدمات والمرافق المحلية.
- معرفة واستعمال خدمات العناية الصحية المحلية.
- معرفة واستعمال خدمات الطوارئ.
- المشاركة في الحياة الثقافية للمجتمع.
- المشاركة في الحياة الدينية.

➢ الطبيعة: وتشمل:

- استكشاف المكونات الطبيعية المحيطة.
- استكشاف الأشياء الحية.
- إدراك حقائق الجسم والاعتناء به.
- الحياة الصحية.
- الانسجام مع الحيوانات.
- العناية بالنباتات.
- الحياة في بيئة الحديقة.
- الحياة في بيئة الغابة/ الصحراء/ الجبال.
- الاهتمام بالبيئة.
- التكيف مع أحوال الطقس.
- الإلمام بالقوانين الأساسية للطبيعة.

➢ التقنية: وتشمل:

- معايشة التقنية في الحياة اليومية.
- تشغيل الأشياء.
- الاستعمال الصحيح للأشياء.
- العناية بالأشياء.

- وعي مفهوم السلامة: ويشمل:
  - الزمن (الوقت).
  - خبرتهم بالزمن.
  - معرفتهم للغة الزمن واستخدامهم لها.
  - خبرتهم بالروتين اليومي.
  - استخدامهم لوسائل تساعدهم على معرفة أوقات اليوم.
  - إدراكهم للفترات الزمنية الطويلة.
  - تنظيم الوقت.
  - وعيهم لتاريخهم الذاتي.
  - خبرتهم بالماضي.
- التجوال والذهاب إلى الأمكنة (الانتقال والمواصلات):
  - تعوّد التلميذ على مواءمة حركته مع حركة المتجولين الآخرين.
  - الوعي بسلامة الطريق.
  - تقدير المسافة والسلوك الملائم.
  - دور التلميذ كماشٍ جيد.
  - التجول في مجموعات.
  - دور التلميذ كمسافر جيد.
  - استخدام وسائل ذات عجلات.
  - تحسين وعي التلميذ بحركة المرور والانتقال وحياة الشارع.
- وقت الفراغ: ويشمل:
  - تعليم التلميذ طرقاً مناسبة للاسترخاء.
  - تجربته لنشاطات وقت الفراغ.
  - إدراكه لوقت الفراغ وتطويره لاهتمامات خاصة به.
  - سعي التلميذ لممارسة نشاطات في وقت فراغه.

- الاستغلال الأمثل لوقت الفراغ.
- قضاء وقت الفراغ مع الغير.

➢ الرياضيات: وتشمل:

- تطوير الإدراك المكاني.
- التمييز بين العدد والنوع في الكميات.
- ترتيب الكميات وطلبها.
- المقارنة بين المقادير.
- التعامل بالمقادير.
- مهارات العد والتسلسل.
- الأعداد الطبيعية والأعداد الترتيبية والمواءمة.
- فهم العلاقات العددية.
- قراءة وكتابة الأعداد.
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من (1 ـ 10).
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من (1 ـ 100).
- التعامل بالنقود.
- القياس.

➢ القراءة: وتشمل:

- فهم العمليات والأوضاع.
- قراءة الصور (فهم معنى الصور).
- قراءة الرموز والإشارات.
- دور القراءة.
- قراءة الكتب.

➢ الكتابة: وتشمل:

- عمل علامات.

- إدراك الأمكنة والمساحات.
- استخدام الصور للاتصال بالغير.
- الطباعة.
- تعلم الطفل للكتابة.
- الكتابة.

ثالثاً: مهارات المواد الثانوية (الفرعية)

➢ **الموسيقى: وتشمل:**

- معايشة الموسيقى.
- الاستماع الواعي للموسيقى.
- البدء بمعرفة العناصر الأساسية من الموسيقى ومعرفة الآلات.
- استخدام الموسيقى في تكوين حالة نفسية.
- الغناء/ النشيد.
- استخدام الموسيقى في أوقات الفراغ.

➢ **الإيقاعات (الموسيقى والحركة): وتشمل:**

- اكتشاف الأطفال لأجسامهم.
- تكوين الثقة بالنفس في التعامل مع المكان والأشياء.
- تفسير الموسيقى من خلال الحركة.
- بدء الطفل بالحركة.
- المضمون الاجتماعي للإيقاعات.

➢ **التعليم الفني (الفنون والإبداع): ويشمل:**

- استخدام جميع الحواس لإدراك البيئة المحيطة.
- اللعب التخيلي.
- النشاطات الفنية والحرف كوسيلة للاتصال والتعبير.
- استعمال الألوان.

- استعمال الأساليب الإبداعية المختلفة.
- البناء بمجموعة من المواد.
- استعمال الصلصال والطين.
- استعمال أدوات التصوير والفيديو.
- تطوير فهم الأطفال لعالمهم الخارجي وقدرتهم على التعبير عنه.
- تفسير واستخدام المثيرات (المنبهات) المرئية.

➢ الحرف اليدوية:

- البدء بمعرفة الأشياء والمواد.
- تطوير المهارات الأساسية.
- صنع الأشياء البسيطة.
- العمل في الورشة.
- البدء بمعرفة المواد الخاصة.

➢ استخدام الأدوات:

- تعلم الأساليب.
- إكمال المشاريع.
- الوعي بمتطلبات السلامة.

➢ المنسوجات:

- البدء بمعرفة المواد.
- تطوير المهارات الأساسية.
- تطوير المهارات الحركية.
- تزيين المنسوجات.
- النسج والحبك (الصنارة).
- أعمال المنسوجات (واستخدامها والعناية بها).

- **العلوم المنزلية: وتشمل:**
  - العناية بالمنزل.
  - التعامل مع الطعام.
  - المهارات الأساسية لتحضير الطعام.
  - تحضير الطعام البارد.
  - تحضير الطعام الساخن.
  - استخدام الأدوات المنزلية.
  - العناية بالملابس والغسيل.
  - الوعي بأمور السلامة.
  - العمل في المنزل والمطبخ دون الاعتماد على أحد.
- **التربية البدنية: وتشمل:**
  - الممارسة الصحيحة لحركات الجسم.
  - تكييف الحركة حسب السطح.
  - الاستخدام الصحيح لأدوات الرياضة.
  - الحركة المصحوبة بالإيقاع.
  - المشاركة في ألعاب الأطفال.
  - استخدام الملاعب العامة.
  - استخدام المسابح العامة.
  - الرقص كمهارة جسدية واجتماعية.

استخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات الإعاقة:

لقد قدمت التكنولوجيا الحديثة الكثير من الحلول لتسهيل المهمات الحياتية اليومية للمعاقين بأقل جهد وأقل عناء وبأقل تكلفة أيضاً ونستطيع أن نلخص أهم الآثار الإيجابية الخاصة بوضع التكنولوجيا الجديدة في متناول المعوقين في حياتهم بالنقاط الآتية:

1. تطوير مهارات تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة حياتهم العملية.
2. تحسين قدراتهم على الاتصال.
3. الارتقاء بقدرتهم على الحركة والانتقال.
4. زيادة فرص العمل المتاحة لهم بفضل تدريبهم ومساعدتهم في التكيف مع وظائفهم.
5. تطوير مهاراتهم للحفاظ على سلامة صحتهم العقلية.
6. تحسين التدابير الطبية المتعلقة بالسيطرة على الأمراض.

ويعتمد التشخيص والمداواة والعلاج الطبيعي والفسيولوجي أكثر على التقدم الذي تم إنجازه في المجالات التكنولوجية، ويتم الآن تطوير تطبيقات جديدة في مجالات التعليم، والتدريب، وخدمات التأهيل والعمالة. وتساعد الابتكارات الخاصة بالحاسبات والأجهزة الإلكترونية على تحسين القدرة على إجراء الاتصالات، مما يساهم في تحقيق الاعتماد على النفس للمعوقين وفي تيسير دمجهم في مجريات الحياة اليومية في المجتمع المحيط بهم، بغض النظر عن طبيعة الإعاقة ودرجتها.

وتتمتع الحواسيب والتطبيقات الإلكترونية بميزات خاصة في مجال التأهيل المهني وتهيئة المعاق للعمل، كما تسهل إدماجه في المجال الإنتاجي. أما بالنسبة لفرص العمالة فإن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين إذ إنها تمكنهم من تحقيق حياة مستقلة ومنتجة، وبالتالي الحفاظ على كرامتهم الإنسانية، وبفضل التطورات المتقدمة التي أحرزتها التكنولوجيا الجديدة (لا سيما التكنولوجيا القائمة على الحواسيب الآلية) تبدو التوقعات الخاصة بإيجاد فرص عمل للمعاقين مشجعة جداً.

والسؤال الذي يطرح نفسه في هذا الصدد هو: ما هي الأجهزة والأدوات التي يمكن توظيفها لخدمة المعاقين؟

هناك أجهزة عديدة منتشرة في مناطق مختلفة من العالم منها ما هو بسيط وبدائي ومنها ما هو متقدم وأكثر تعقيداً، ويمكن هنا أن نوجز أهم هذه الأدوات والأجهزة المستخدمة مع ذوي الإعاقات الجسمية والصحية.

الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة الجسمية والصحية:

من المعروف بأن أكثر الإعاقات استفادة من الأجهزة والأدوات الصناعية هم المعاقون حركياً أو جسدياً، ومن أسباب ذلك أن الكثير من الإصابات الحركية والجسمية تكون بسبب الحروب أو المصانع أو في الأعمال المختلفة التابعة للشركات الكبرى، ولذا فإن المؤسسات العسكرية في أية دولة تحاول مساعدة الجنود الذين يتعرضون للإصابات الجسمية خلال الحروب، بإيجاد الأجهزة والأدوات التعويضية لهم وهو ما يعرف بالتأهيل وإعادة التأهيل في هذا المجال، كذلك تحاول المصانع والشركات الكبرى أيضاً أن توجد الأجهزة والأدوات التعويضية للمصابين لتجعلهم قادرين على الإنتاج والعطاء بالقدر الممكن مما يقلل على هذه الشركات والمصانع وشركات التأمين ومؤسسات الضمان الاجتماعي في العالم الكثير من التكاليف المالية والتي تنفق في مجال التعويض. ولكن ومهما كانت الأسباب وراء تطوير التكنولوجيا للمعاقين فالمستفيد الأول هو المعاق نفسه من استخدام هذه الأدوات. ومن الأدوات والأجهزة المعروفة في مجال المعاقين حركياً وجسمياً ما يلي:

أ. **الكراسي المتحركة للمقعدين:** وفيها الأنواع التالية:

1. الكراسي المتحركة والتي تعمل بتحريكها يدوياً.
2. الكراسي المتحركة آلياً أو كهربائياً.
3. الكراسي المتحركة إلكترونياً والتي يمكن تشغيلها بوساطة الذبذبات الصوتية.

ب. **أجهزة الحاسوب:** حيث يتوافر لها برامج خاصة تناسب المهمات المطلوبة للمعاقين.

ج. **أدوات التعويض:** والمقصود بها الأدوات والأجهزة التي تقوم بوظائف الأعضاء الجسمية المفقودة.

الفصل السادس
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الاضطرابات السلوكية

- مقدمة .
- تعريف الاضطرابات السلوكية .
- شيوع اضطرابات السلوك .
- تصنيفات الاضطرابات السلوكية .
- خصائص المضطربين سلوكياً .
- الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية .
- إجراءات وأساليب التدخل التربوي والعلاجي لذوي الاضطرابات السلوكية .
- الاستراتيجيات التربوية العلاجية المقترحة لدى ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

الفصل السادس
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الاضطرابات السلوكية

مقدمة :

السلوك هو الظاهرة التي يهتم علم السلوك الإنساني بدراستها، وليس من شك في أن تعريفنا للسلوك له أثر بالغ على استراتيجيات القياس والعلاج التي نستخدمها. وفي الحقيقية فإن ثمة اختلافات كبيرة بين نظريات علم النفس في نظرتها وتعريفها للسلوك؛ فبعض نظريات علم النفس التقليدية، نظرية التحليل النفسي مثلاً، لا تولي اهتماماً كافياً بالسلوك الظاهر؛ لأنها تنظر إليه بوصفه مجرد عرض للصراعات الداخلية، بينما ينادي تعديل السلوك لدراسة السلوك الظاهر بوصفه قائمة ظاهرة بحد ذاتها، ونتيجة للاختلاف في طبيعة الاضطرابات السلوكية وأسبابها وعلاجها وكذلك نتيجة لتعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات أخرى جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات متعددة للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص فمن المصطلحات التي استخدمت للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances أو الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment.

إلا أن التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تميل إلى استخدام مصطلح الاضطرابات السلوكية Behavioral Disorders.

تعريف الاضطرابات السلوكية :



توجد تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات.

التعريفات ذات العلاقة بالاضطرابات السلوكية أو الاضطرابات الانفعالية:

لقد عرف كوفمان (Kauffman) الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة والذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية وشخصية مقبولة.

كما يعرف رينرت (Reinert) الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين.

كما يرى روس (Ross) أن الاضطراب النفسي يظهر عندما يقوم الطفل بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي بحيث إنه يحدث بتكرار وشدة حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك.

ومن التعريفات الأكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية أو الانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو التعريف الذي طوّره بور (Bower,1969/1978) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين، حيث يعرّف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الأطفال المضطربين يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية (Hallahan & Kauffman, 1991).

شيوع اضطرابات السلوك:

تشير الدراسات إلى أن نسبة اضطرابات السلوك أقل من (1٪) في حين أن التقديرات غير المتحفظة تشير إلى أكثر من (20٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، إن هذا التباين في نسب التقديرات يعكس مدى الاختلاف في الأسس المستخدمة لتحديد المضطربين في السلوك.

وباستعراض مختلف الدراسات حول مدى انتشار اضطرابات السلوك يمكن الإشارة إلى أن ما نسبته (2٪) إلى (3٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، وهذه الاضطرابات بدرجة متوسطة أو شديدة، أما إذا أخذت الاضطرابات البسيطة أيضاً فإن النسبة تزيد وقد تصل إلى (10٪) من الأطفال في سن المدرسة.

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور وانتشارها عند الإناث فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق بشكل واضح نسبة انتشارها لدى الإناث، إذ إنها عند الذكور ضعف الإناث أو قد تصل أحياناً إلى 1:5.

هذا، وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك عند الذكور مقارنة بالإناث، إذ يميل الذكور إلى السلوك الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى في حين تميل الإناث إلى السلوك الموجه نحو الداخل كالخجل والحساسية والقلق والانسحاب الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين انتشار اضطرابات السلوك والعمر فتشير الدراسات إلى أن الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الابتدائية الأولى وأن هذه الاضطرابات تزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا (القمش والمعايطة، 2010).

تصنيفات الاضطرابات السلوكية:

ظهرت العديد من التصنيفات للاضطرابات السلوكية، وذلك اعتماداً على الاتجاهات النظرية في تفسير هذه الاضطرابات وفيما يلي عرض لأهم هذه التصنيفات:

أولاً: تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

Diagnostic and Statistical Manal of Mentel Disorders

ويرمز له برمز (DSM)، وهو تصنيف يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) وهو الأكثر استخداماً من قبل الأطباء النفسيين، ويعتمد هذا التصنيف على وجهة نظر الطب النفسي في النظر إلى الاضطرابات في السلوك والذي يركز على الاضطرابات في الجانب الانفعالي وتبني وجهة النظر الطبية التي تفترض وجود أسباب داخلية لاضطرابات السلوك.

وتصنّف اضطرابات السلوك في هذا النظام التصنيفي تحت بند الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتشمل ما يلي:

- **الجانب الذكائي** ويشمل: الإعاقة العقلية.
- **الاضطرابات السلوكية** وتشمل: اضطرابات الانتباه، واضطرابات التصرف.
- **الاضطرابات الانفعالية** وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
- **الاضطرابات الجسمية** وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية، اضطرابات أخرى.
- **الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة** كالتوحد.

ويعتمد هذا التصنيف على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك والذي يركّز في الأساس على العوامل الداخلية كأسباب للاضطرابات والأمراض، وإن المظاهر المرضية ما هي إلا أعراض للأسباب الأساسية والتي تكون داخلية. إن النقد الأساسي لهذا التصنيف أنه يصنّف الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة على أنها اضطرابات عقلية ويتم التعامل معها على هذا الأساس (Smith & Rasson, 1992).

ثانياً: تصنيف النظام السلوكي

يعتمد النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ثم وضع السلوكات التي تنطبق عليها هذه الصفات، ومن الأمثلة على ذلك تصنيف كوفمان (Kauffman,1987). حيث يصنّف اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1. الحركة الزائدة، والتخريب، والاندفاعية.
2. العدوان.
3. الانسحاب، وعدم النضج، والشخصية غير المناسبة.
4. المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف.

ثالثاً: التصنيف المعتمد على استخدام أسلوب التحليل العاملي

لقد استخدم كوي (Quay) أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف يعتمد وضع الصفات في مجموعة متجانسة حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1. **اضطرابات التصرف**: وتتضمن عدم الطاعة، والإزعاج، المشاجرة مع الآخرين (السرطاوي وسيسالم، 1987).
2. **الاضطرابات الانفعالية** وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
3. **الاضطرابات الجسمية** وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية، اضطرابات أخرى.
4. **الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة** كالتوحد.

يتميز هذا النظام التصنيفي بأنه يركز على تسمية الاضطراب ووصفه بصورة واضحة وهذا يجعله يختلف عن التصنيفات الأخرى ضمن هذا النظام، كما أنه يتضمن معلومات أكثر عن الشخص المراد تشخيصه، إذ يتطلب هذا التصنيف معرفة أربعة جوانب أساسية عن الشخص أو الحالة، ولكن النقد الموجه لهذا النظام هو أنه يصنّف اضطرابات الأطفال على أنها اضطرابات عقلية، وهو كذلك يعتمد على

النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك والتي تركز في الأساس على العوامل الداخلية، كأسباب للاضطرابات كما هو الحال بالنسبة للأمراض الجسمية.

رابعاً: التصنيف اعتماداً على شدة الاضطراب السلوكي

حيث تصنّف الاضطرابات السلوكية حسب هذا التصنيف إلى الفئات التالية:

1. **اضطرابات السلوك البسيطة:** وهي أكثر شيوعاً ولا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي وتربوي كبير وتشمل مشكلات سوء التكيف البسيطة والمشكلات والضغوط الموقفية.
2. **اضطرابات السلوك المتوسطة:** وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مثل السلوكات الموجهة نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى والسلوكات الموجهة للداخل كالقلق والانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي.
3. **اضطرابات السلوك الشديدة:** وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مكثف مثل حالات ذهان الطفولة أو فصام الطفولة (Heward & Orlansky, 1988).

خصائص المضطربين سلوكياً:

هناك صعوبة في وضع خصائص محددة للأطفال المضطربين سلوكياً، حيث إن لكل فرد خصائصه المميزة، إلا أن هناك خصائص عامة مشتركة يمكن القول إنها تمييز الأفراد المضطربين في السلوك مقارنة بأقرانهم من الأفراد العاديين ومن فئات التربية الخاصة، وفيما يلي عرض لأكثر الخصائص شيوعاً:

أولاً: الذكاء

هناك اعتقاد خاطئ بأن الأفراد المضطربين سلوكياً يميلون لأن يكونوا أذكياء، وفي الواقع يمكن أن يكون ذكاؤهم مرتفعاً أو متوسطاً أو منخفضاً شأنهم شأن الأفراد غير المضطربين.

فقد أشارت الدراسات إلى أن متوسط ذكاء هؤلاء الأفراد حوالي (90) درجة وأن الكثير منهم يقع ذكاؤهم في حدود بطء التعلم أو الإعاقة العقلية البسيطة، وأن هناك عدداً قليلاً من الأطفال المضطربين الذين يقع ذكاؤهم ضمن التفوق العقلي.

من الجدير بالذكر الإشارة إلى أن الأفراد المضطربين في السلوك على اختبارات الذكاء يتأثر بسبب اضطرابهم مما يمكن معه القول بأن الاضطراب يؤثر على توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم المهمات التي تتضمنها اختبارات الذكاء، بالإضافة إلى أن السلوك غير الملائم للطفل المضطرب يؤثر في الأداء على اختبار الذكاء فيؤثر على النتيجة النهائية، من هنا فإن اختبارات الذكاء تعتبر متحيزة ضد المضطربين في السلوك ولا تعطي مؤشرات دقيقة عن ذكائهم الحقيقي، هذا بالإضافة إلى أن هناك بعض الحالات الشديدة التي يصعب تطبيق اختبارات الذكاء عليها مثل حالات ذهان الطفولة.

ثانياً: التحصيل الأكاديمي

إن معظم الأشخاص المضطربين يكون تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفضاً مقاساً باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية، فهم في العادة يحصلون أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً من يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 335).

ثالثاً: السلوك العدواني

يعد السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهوراً لدى الأطفال المضطربين سلوكياً ويصنّف هذا السلوك ضمن السلوكات الموجهة نحو الخارج Externalizing وضمن اضطرابات التصرف Conduct Disorders.

وقد بيّن كل من إيفلين وفيلد (2005) أن السلوك العدواني يظهر على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة، كالاعتداء الجسدي وإلحاق الأذى المادي بالآخرين، أو بالاعتداء اللفظي كالسباب والشتائم، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر والمخاصمة، وهتك العرض والسطو المسلح والسرقة المنظمة هي سلوكات قد تكون ممكنة إذا تفاقمت المشكلات السلوكية دون أن يتم التدخل المباشر للحد منها ومنعها أو الحد من العوامل التي تسهم في حدوثها كالإخفاق المدرسي المتكرر والافتقار إلى البيئة المناسبة.

أشكال السلوك العدواني:

يأخذ السلوك العدواني أشكالاً متعددة، ومن أهمها:

1. العدوان اللفظي:

- التطاول، والصياح، والمزاح، أو إزعاج الضحية باستمرار.
- إصدار أوامر لفظية عدوانية.
- إطلاق ألقاب بذيئة على بعض الأطفال.
- مداومة الاتصال بالضحية في المنزل (عن طريق الهاتف، أو الخطابات، أو الناس، أو الإنترنت، أو البريد الإلكتروني، أو أي وسيلة اتصال إلكترونية).
- الضحك، والقهقهة عند مرور الضحية (الشخص).
- التحدث همساً عن الضحية على مسمع منها.
- توجيه تهديدات لفظية.
- التحدث بشفرة مجهولة أمام الضحية.
- إصدار تعليقات عنصرية أو قائمة على التمييز الجنسي.

2. العدوان المخالف للمجتمع:

- عزل الضحية عن المجموعة الاجتماعية أو مجموعة الزملاء، أو الألعاب، أو استبعاده من الحوار.

- التظاهر بحجز المقعد لشخص آخر، أو عدم الرغبة في مشاركته المقعد نفسه.
- ترويج شائعات خبيثة عن الضحية حتى يرددها الآخرون ومطالبة الأشخاص الآخرين الكف عن التعاطف مع الضحية والتحدث عنه بشكل مشين، وإذاعة أسراره وتدمير صداقاته.
- تجاهل الضحية أو التزام الصمت في التعامل معها (تلتزم المجموعة الهدوء عند اقتراب الضحية ثم تدير لها ظهرها).
- استخدام التهديد والإشارات التهديدية (ربما في ذلك رفع أحد الحاجبين) أو استخدام نظرة معينة.
- إجبار الضحية على شراء أشياء أو عمل أشياء لشخص المعتدي أو تهديده (لن أصاحبك إن لم...) أو (لن أدعوك إلى الحفل إن لم...) كل هذا يندرج تحت مسمى الاعتداء الاستفزازي.
- التقليد الساخر لصوت الضحية أو أسلوبها.
- الهمس وإطلاق الشائعات أو التفوه بكلمات مشينة في غياب الضحية.
- كتابة أشياء مشينة عن الضحية.
- الإشارة أو الحملقة، أو القهقهة، أو الضحك أو رسم تعبيرات استهزائية أو استخدام الضحك المكبوت مع الضحية، أو التحدث همساً عنها مع الآخرين.
- إصدار أصوات مرتفعة عند مرور الضحية.
- قول شيء ما للضحية ثم الانسحاب قبل أن تتمكن من الرد.

3. العدوان الجسدي:

- الدفع وإلقاء ممتلكات الضحية ونفاذها بين الأشخاص الآخرين في الفصل.
- كسر أو إخفاء أو دفع أو اقتحام مكتب الضحية أو خزانتها المدرسية.
- الركل البسيط أو العنيف، أو ضرب الضحية.

- سرقة الكتب، أو الأطعمة، أو أية ممتلكات أخرى من مكتبه الخاص أو من خزانته المدرسية.
- سحب مقعد الشخص وهو يتأهب للجلوس عليه.
- رش المياه على وجه الضحية، أو إلقاء بعض القطع الورقية أو الأربطة المطاطية عليه.
- جذب الشعر.
- تمزيق الملابس أو الممتلكات.

4. العدوان الرمزي:

هو عدوان يرمز إلى احتقار الآخرين وإهانتهم كالامتناع عن النظر إليهم مثلاً، وهناك العديد من النظريات التي تفسر السلوك العدواني منها النظرية التي تنادي بأن العدوان يسببه الإحباط، أو أن العدوان هو تعبير عن دوافع لا شعورية، أو أن العدوان سلوك متعلّم يتم عن طريق المحاكاة والتقليد.

هذا وتشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، كما أن السلوك العدواني يتلازم مع الإخفاق المدرسي، فهناك أهمية واضحة لتلبية حاجات الأطفال متدني التحصيل والعدوانيين (Hallahan & Kauffman, 2003).

العلاقة بين الإحباط والعدوان:

تعريف الإحباط:

حالة مؤلمة تنزع الذات إلى أبعادها وإلى الخلاص من الضغط الذي ينجم عنها، ويكون العدوان أحياناً السلوك الدفاعي للذات وفي سعيها وراء الخلاص من ضغط الإحباط.

أنواع الإحباط:

- الإحباط الأولي والإحباط الثانوي.
- الإحباط السلبي والإحباط الإيجابي.
- الإحباط الداخلي والإحباط الخارجي.

ينتهي الإحباط في الكثير من الحالات إلى العدوان، ويظهر المصاب بالإحباط شديد التوتر ميالاً إلى اقتناص أية فرصة تتاح للخلاص من ضعف التوتر لديه، إن الطفل الذي اعتاد الرعاية من والديه يلجأ إلى أشكال متعددة من العدوان عليهما حين يمعنان في إهماله، وأن العامل الذي لم يستطع الحصول على الوظيفة الشاغرة في المعمل قد يثور مهدداً ومتوعداً، وقد ينتهي إلى إلحاق الأذى بأحد أفراد أسرته حين لا تتاح له فرصة تنفيذ التهديد والوعيد في المعمل.

إن هذه الظاهرة قد لاقت اهتماماً خاصاً في دراسات **دولارد** (Dollard)، حتى إنه يربط بين مظاهر العدوان والمواقف الإحباطية وأشكال السلوك اللااجتماعي، وقد جعلت هذه العلاقة موضوعاً لعدد من الدراسات التجريبية (الرفاعي، 2001).

السلوك الانسحابي:

يعتبر السلوك الانسحابي هو سلوك موجه نحو الداخل Internalizing أو نحو الذات وهو يتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية الانفعالية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعل الاجتماعي.

هذا وتظهر أشد حالات السلوك الانسحابي لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من فصام الطفولة، وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور (Shea, 1978).

إن تأثير السلوك الانسحابي يكون على الفرد نفسه وليس على الآخرين، إذ إنه لا يؤثر على الضبط الصفي ولا يسبب مشكلات للمعلم، إن الأفراد الانسحابين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكاتهم ومترددون في تفاعلهم مع الآخرين ونادراً ما يلعبون مع الأطفال في مثل سنهم، بالإضافة على أنه تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وقد تنمو لديهم مخاوف لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة.

وتعد المظاهر السلوكية الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الانسحابي لدى الطفل المضطرب سلوكياً:

- العزلة والتقوقع حول الذات.
- الاستغراق في أحلام اليقظة.
- الخمول والكسل.
- عدم المبادرة الاجتماعية.
- عدم تكوين صداقات (Hallahan & Kauffman, 2003).

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات توصلت إلى وجود خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم وأهم هذه الخصائص:

1. لديهم ضعف في الفهم والاستيعاب.
2. لديهم ذاكرة ضعيفة.
3. قلق غير مبرر.
4. يظهرون سلوكات تهدف على جذب الانتباه.
5. لديهم مزاج متقلّب.
6. لديهم حركة زائدة وتشتت في الانتباه.
7. مندفعون ومتسرعون.
8. تقديرهم لذاتهم متدني.
9. غير قادرين على بناء علاقات اجتماعية فعّالة.
10. يظهرون سلوكات جنسية منحرفة.
11. الشكوى من علل نفس ـ جسدية غير صحيحة.
12. التمرد المستمر.
13. لديهم ضعف في الدافعية (Shea, 1978).

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية:

على الرغم من وجود العديد من وجهات النظر في تحديد أسباب الاضطرابات السلوكية، إلا أن جميع الاتجاهات التي فسرت حدوثها اتفقت على وجود قوى داخلية وخارجية تشترك معاً في إحداث السلوك، وفيما يلي عرض لهذه الاتجاهات ووجهات النظر:

أولاً: الاتجاه الجسمي والبيولوجي Biophysical Approach

يرى هذا الاتجاه أن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه حيث يعتبر أصحاب هذا الاتجاه بأن العوامل الوراثية وسوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي من أهم العوامل الحاسمة التي تؤدي إلى اضطرابات السلوك، وكذلك فإن الإصابة الفسيولوجية واضطراب إفرازات الغدد الصماء يمكن أيضاً أن تكون مسؤولة عن اضطراب السلوك.

إن السلوك الطبيعي من وجهة نظر هذا الاتجاه هو نتاج النواحي البيوفيزيائية الطبيعية، وبالتالي فإن الاضطراب في السلوك يمكن أن يكون مسبباً بعوامل فسيولوجية كما يحدث في الأمراض النفس جسمية والأمراض التحولية، إن العلاقة التبادلية بين النفس والجسم علاقة تقرها وتوافق عليها جميع الاتجاهات النظرية تقريباً لكن ما يميز الاتجاه البيوفيزيائي هو التركيز على النواحي البيوفيزيائية على أنها السبب الأول، وأنها هي الجوانب التي يجب التدخل العلاجي فيها، واعتماداً على وجهة النظر البيوفيزيائية، فإن السلوك المضطرب يمكن أن يكون مسبباً بعوامل يمكن إرجاعها إلى الوراثة، أو النواحي البيئية التي تؤثر على النمو، أو الحوادث والأمراض خلال الولادة، أو في مراحل لاحقة بعدها.

إن الافتراض بأن الأسباب البيولوجية هي الأساس في اضطرابات السلوك يجعل من الكشف الطبي، والفحوصات الطبية، والشعاعية، والمخبرية، هي وسيلة التعرف على اضطرابات السلوك **(القريوتي وآخرون، 1995)**.

وهناك كثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديد جداً لدى الأطفال، ويؤكد الباحثون على وجود منحنى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية (يحيى، 2000، ص: 32 ـ 33).

ومما يجدر ذكره أن معظم التشخيص البيوفيزيائي يتم من قبل الأشخاص الذين لهم علاقة بالطب مثل أطباء الأطفال، أطباء أطفال الأعصاب، أخصائيي التغذية، أخصائيي الحساسية، أخصائيي العيون، مخططي السمع وآخرين. **ومن الجدير ذكره هنا أن دور المعلّم محدود ولكن يمكن أن يقوم بما يلي:**

1. التحويل والمساعدة في الكشف عن الطلبة في الصف، لذلك يجب أن يكون المعلم ملماً ببعض المعلومات الطبية الأساسية حيث إنه يجب أن يلاحظ ويتعرف إلى الأعراض.
2. المعلم المسؤول عن مراقبة الأعراض والسلوكات التي تتبع التدخل الطبي إذ يمكن أن يلاحظ التدهور أو التحسن الذي يمكن أن يكون مهماً للطبيب من أجل المعالجة.

إن الهدف من التدخل البيوفيزيائي هو إدامة أو إصلاح صحو الفرد التي يعتقد أنها متطلب مسبق للسلوك المقبول أو المرغوب فيه والقدرة على التعلم، وعندما يصعب أو يستحيل تحقيق هذا الهدف، إما بسبب الإصابات العضوية التي لا تصلح أو بسبب أن الأدوية لا تستطيع الإصلاح، فإن المعالج يحاول أن يبذل أهدافه عن طريق إجراءات تعويضية للإصابات (القريوتي وآخرون، 1995).

ثانياً: الاتجاه الدينامي Psychodynamic Approach

يستند الاتجاه الدينامي في تفسيره للاضطرابات السلوكية على فهم سلوك الإنسان من خلال تحليل العمليات الداخلية المتواجدة فيه، وتعتبر **النظرية التحليلية** لفرويد من أهم نظريات الاتجاه الدينامي، وهي تنادي أن النشاطات العقلية والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للاندفاعات اللاشعورية، هذا وتركز نظرية فرويد على

غريزتي الجنس والعدوان في الطبيعة الإنسانية وتعتبر أن سلوك الإنسان يتأثر في حياته السابقة.

إن أحدث اتجاه للنظريات الدينامية هو **الاتجاه الإنساني** الذي يقرر بأن سلوك الإنسان موجه بدوافع إيجابية، **كارل روجرز وإبراهام ماسلو** يمثلون وجهة النظر هذه.

إن الاهتمام الرئيس في هذا الاتجاه هو زيادة الدوافع الإيجابية كالحب والاهتمام والتعاطف والأمل.. إلخ ومساعدة الفرد في تنمية إمكاناته إلى أقصى ما يمكن.

لعل أهم مساهمة **للنظريات الدينامية الحديثة** هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية المحددة وزيادة الاعتقاد بقدرة الإنسان لتعلم السيطرة على دوافعه، والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدوافع الداخلية يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي الإيجابي والتكيف للبيئة.

تعتبر **النظرية الدينامية** أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك. وبشكل عام، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الأكثر بين الباحثين، ولكن حديثاً فإن الحب، وتحقيق الذات، والمشاركة، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك، إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى والأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا، بالإضافة إلى ذلك، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير. وهكذا، فإن النمو الإنساني عادة يفهم من خلال مراحل .(Rhodes & Tracy, 1984)

وهذا وتتضمن عملية التشخيص اعتماداً على هذا الاتجاه، التعرف على تاريخ الفرد بالإضافة إلى تحليل للموقف الحاضر وجمع البيانات من مصادر مختلفة والاعتماد على الفريق متعدد الاختصاصات في عملية التشخيص كاختصاصي علم النفس والباحث الاجتماعي، والطبيب، والمعلم، وغيرهم. يهدف التشخيص الدينامي في النهاية إلى تحديد أهداف التدخل.

يهدف التدخل الدينامي إلى تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين بالإضافة إلى تغيير في سلوك الطفل وتغيير في المواقف والأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل. ومن خلال هذه الأهداف يمكن تحسين فكرة الفرد عن ذاته وأن يفهم نفسه ويفهم الآخرين ويكون سلوكه مستقلاً وأن يضبط هذه الانفعالات، وأن يطور سلوكاً اجتماعياً مقبولاً.

ثالثاً: الاتجاه السلوكي Behavioral Approach

إن أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون أن معظم السلوك هو نتيجة لتعلم سابق، ولهذا فإنهم مهتمون بمعرفة كيف ولماذا يحدث التعلم؟ لذلك فأصحاب هذا الاتجاه أشاروا إلى أنواع مختلفة من التعلم هي: الإشراط الكلاسيكي والإجرائي والتعلم بالتقليد (Steven & Conoley, 1984).

ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم مثله مثل السلوك السوي، وحيث إنه السلوك المنحرف سلوكاً متعلماً، لذلك يجب فحص بيئة الطفل عن كثب، حيث إنه يقوم بالسلوك لأنه ببساطة تعلم أن يسلك بهذه الطريقة، لذلك فهو يمكن أن يتعلم بطريقة مختلفة وأن لا يوصف بأنه منحرف، بالإضافة إلى ذلك، يجب أن لا ننسى أن عملية أو إجراءات تعليمه سلوكات جديدة هي نفسها التي تستخدم لتعليم الطفل العادي السوي.

يتم التشخيص بناء على وجهة النظر السلوكية، عن طريق تعريف وتحديد جميع الأبعاد التي لها علاقة بالموقف الذي يحدث فيه الاضطراب. وتتضمن خطوات التشخيص تعريف السلوك المستهدف بشكل دقيق ووصف السلوك بمنظومة من الاستجابات الملاحظة، هل هو زيادة في السلوك أم هل هو نقصان في السلوك؟، وعدد مرات حدوث السلوك، كذلك يتضمن التشخيص تعريف وتحديد البيئة التي يحدث فيها السلوك، وماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث السلوك أو بعد حدوثه مباشرة؟. بالإضافة إلى معلومات محددة عن الفرد وخصائصه المختلفة.

أما عن أهداف التدخل حسب الاتجاه السلوكي فهي كما يلي:

- التقليل من حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو السلبي.
- زيادة حدوث السلوك المرغوب فيه أو الطبيعي.
- تشكيل سلوك جديد لا يوجد لدى الفرد.
- التأكد من حدوث السلوك المناسب في الزمان والمكان المناسبين.

أما الإجراءات التي يجب على المعلم القيام بها سواء في الصف العادي أو في الموقف التربوي فهي كالآتي:

1. ملاحظة السلوك المستهدف وتحديده (السلوك غير السوي المراد تعديله).
2. اختيار التعزيز المناسب وتقديمه في الوقت المناسب.
3. إعداد برامج تدخل ملائمة تعتمد على مبادئ تعديل السلوك.
4. مراقبة فعّالية البرنامج ومراجعته باستمرار (Shea, 1978).

رابعاً: الاتجاه البيئي Ecological Approach

يركز أصحاب هذا الاتجاه على أن تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك، ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه إلى أن القوى الداخلية وحدها والقوى الخارجية وحدها لا تكفي لتفسير السلوك الإنساني.

فالاضطراب في السلوك ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسب ولا يتوافق مع ظروف الموقف، أما علماء البيئة الأطباء فقد أشاروا إلى الاختلاف بين الأطفال إلى عوامل مزاجية ولادية فبعض الأطفال يتوافق سلوكهم مع البيئة في حين أن البعض الآخر لا يتوافق سلوكهم مع البيئة، علماء النفس التحليليون البيئيون أشاروا إلى أن الاضطرابات الانفعالية عند الأشخاص هي بعد أوسع في العلاقات الأسرية.

لذلك ينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج للتفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد وبين الظروف في الموقف، إن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أو ميادين علماء البيئة، فمثلاً يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على

سلوك الفرد، بينما يركز علماء البيئة الأطباء على العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته، في حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة، إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها دون الاهتمام بتفسير لماذا يسلك الناس الطريقة التي يسلكونها.

ويجب على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها، معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة، كذلك يحاول الأخصائي في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف (Paul & Epanchin, 1992).

إجراءات وأساليب التدخل التربوي والعلاجي لذوي الاضطرابات السلوكية:

إن الأطفال المضطربين سلوكياً كمجموعة غير متجانسين، فلا توجد طريقة أو أسلوب واحد مناسب لهم جميعاً، كما أنه لا يوجد أسلوب واحد فقط مناسب لكل طفل، وإن الاختلاف في استخدام أساليب التدخل التربوي والعلاجي، يعتمد بالإضافة إلى إعداد وتأهيل المعلم وخبرته في التعامل مع هؤلاء الأطفال، على الاتجاه النظري الذي يتبناه المعلم، للقيام بعملية التدخل التربوي والعلاجي، ولهذا يجب على المعلم أن يكون ملماً بخصائص الأطفال المضطربين وحاجاتهم الفردية وأن يكون على دراية بطرق وأساليب التدخل العلاجي والتربوي المناسبة لهم.

وفيما يلي عرض للبرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لهم:

أولاً: إجراءات التدخل البيوفيزيائي

يمكن تقسيم التدخل البيوفيزيائي إلى قسمين رئيسين: **الأول** ويتضمن التعامل المباشر مع الطفل من الناحية الجسمية، والثاني ويتضمن التعامل مع البيئة التي يوجد فيها الطفل؛ وفي النوع **الأول** من التدخل يكون دور المعلم محدوداً يقتصر على الملاحظة

والكشف المبدئي ومتابعة مراقبة العلاج، واعتماداً على تلك الملاحظات يمكن للمعلم إحالة الطفل إلى الأخصائي المناسب، ولا يمكن للمعلم من الناحية الأخلاقية أن يقوم بالتشخيص الطبي وإعطاء الدواء، أما في النوع الثاني من التدخل فيكون للمعلم دور أكبر، وفيما يلي عرض لنوعيّ التدخل البيوفيزيائي:

1. التدخل الفسيولوجي المباشر: ويتضمن:
   - أ. العلاج بالأدوية، كعلاج النشاط الزائد أو الصرع.
   - ب. العلاج بالفيتامينات وذلك من أجل تصحيح التوازن البيوكيميائي للجسم.
   - ج. العلاج بالتغذية، وذلك من خلال اتباع نظام غذائي محدد.
   - د. إعادة تنظيم البيئة، وذلك من خلال التحكم بالمثيرات.
   - هـ. استخدام أدوات خاصة للتعامل مع الخلل الجسمي تركز على مواطن القوة للتعويض عن جوانب الضعف لدى الطفل.
2. التدخل البيئي والتدريس: ويتضمن:
   - أ. تدريب الإدراك الحركي.
   - ب. إعادة تنظيم البيئة.
   - ج. استخدام أدوات وطرق خاصة للتعويض عن نقاط الضعف، فعلى سبيل المثال أن يستخدم الطفل الطباعة بدلاً من القلم للكتابة إذن فهو لا يستطيع أن يكتب.
   - د. التغذية الراجعة البيولوجية، بمعنى أن ندرب الطفل على أن يضبط الحالات الجسمية المختلفة من خلال تعلم التعرف على التغيرات الجسمية المصاحبة للمشكلة (القريوتي وآخرون، 1995).

ثانياً: إجراءات التدخل الدينامي

تعتمد إجراءات التدخل الدينامي على الافتراضات التي يقوم عليها الاتجاه الدينامي من أن علاج الطفل المضطرب في السلوك يتمثل في محاولة إيجاد المشكلة الأساسية، أي جذور المشكلة الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها في الوقت الحالي

وذلك باستخدام أساليب استخراج العمليات اللاشعورية. يقوم المعالج في هذا الاتجاه بمساعدة الطفل على العودة إلى خبراته الأولى لتحديد مصدر الصراع، والطريقة التي يؤثر فيها الصراع الداخلي اللاشعوري على السلوك والانفعالات الحالية. إن دور المعلم هو مساعدة الطفل على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكونات جهازه النفسي والتي تنعكس على سلوكه وتؤدي إلى الاضطراب، إن ذلك يتطلب الاهتمام بالأسباب الحقيقية للمشكلة وليس الاهتمام فقط بالسلوك الظاهر.

ومن إجراءات الاتجاه الدينامي ما يلي:

1. تطوير علاقات إيجابية مع الطفل من قبل الكبار ومن قبل الأقران.
2. التعبير عن الانفعالات من خلال الفن والموسيقى، والدراما، واللعب، والكتابة.
3. التمثل بشخص مناسب في البيئة.
4. تكييف وتعديل المناهج وأساليب التدريس بما يعرف بالتربية الوجدانية والتركيز على الجانب الانفعالي الوجداني وليس على الجانب المعرفي فقط (القريوتي وآخرون، 1995) (Kirk, 1989).

ثالثاً: إجراءات التدخل السلوكي

تركز هذه الإجراءات على التعامل مع السلوك المباشر والظاهر، وتتضمن هذه الإجراءات زيادة السلوك أو التقليل منه، أو تشكيل سلوك جديد من خلال ما يعرف بتعديل السلوك في جوانب السلوك التي يتم تعلمها من خلال الإشراط الإجرائي، أو ما يعرف بالعلاج السلوكي في جوانب السلوك التي يتم تعلمها من خلال الإشراط الكلاسيكي.

يتم من خلال إجراءات التدخل السلوكي استخدام قوانين التعلم نفسها التي يتم من خلالها تعلم السلوك العادي.

ومن أهم إجراءات التدخل السلوكي ما يلي:

1. تغيير الموقف وذلك من خلال إزالة المثيرات المشتتة أو تزويد مثيرات مناسبة للطفل.

2. تزويد الطفل بنموذج لسلوك مناسب.
3. تعزيز السلوك المرغوب فيه عن طريق التعزيز أو التغذية الراجعة.
4. إطفاء السلوك غير المرغوب فيه عن طريق وقف التعزيز أو العقاب.
5. تشكيل سلوك جديد.
6. الضبط الذاتي.

ويذكر أبو حميدان (2005) بأن هنالك عدداً من أساليب تعديل السلوك غير المرغوب وهي: التعزيز، العقاب، الإطفاء أو التجاهل، التصحيح الزائد، تكلفة الاستجابة، الإقصاء، الممارسة السالبة، الإشباع، التنفير، التعاقد السلوكي.

1. التعزيز Reinforcement:

يعرف التعزيز على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية، الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك بالمستقبل في المواقف المماثلة، فأن نعزز سلوكاً ما، يعني أن نزيد من احتمال حدوثه مستقبلاً ويسمى المثير (الشيء، أو الحالة: الحدث) الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى تقويته بالمعزز.

العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز:

من العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز، ما يلي:

- فورية التعزيز. Immediacy Of Reinforcement
- استمرارية التعزيز. Consistency Of Reinforcement
- كمية التعزيز. Quantity Of Reinforcement
- مستوى الحرمان ـ والإشباع. Deprivation - Satiation Level
- درجة صعوبة السلوك. Complexity Of Behavior
- التنويع. Variation
- الجدة. Novelty
- التعليمات. Directions
- الفطام.

(العزة وعبد الهادي، 2005)

الحد من السلوك العدواني والتحكم به:

لقد تعددت أساليب الحد من السلوك العدواني ومن أهم هذه الأساليب نذكر ما يلي:

- التفريغ.
- العقاب.
- مشاهدة نماذج غير عدوانية.
- التدريب على المهارات الاجتماعية.
- التدخل المعرفي.
- الاستجابات المتعارضة (مكلفين، غروس، 2002).

أساليب ضبط السلوك الانسحابي:

استخدم جوتمان (Gottman) مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية لتصنيف الانسحاب الاجتماعي مثل: الشهرة، والسمعة، وتكوين صداقات مع الآخرين، والرفض لمجموعات الأقران (القمش،2010). وتعد أساليب تعديل السلوك من الأساليب التي أثبتت فعالية عالية في الحد من العزلة بشكل ملحوظ، ومن هذه الأساليب ما يلي:

1. **تشكيل السلوك:** (تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب للطفل مع أقرانه) ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية:

أ. تحديد السلوك المستهدف وتعريفه، أي تحديد السلوك الاجتماعي النهائي المراد الوصول إليه، وتعريفه بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي اجتماعي.

ب. تحديد السلوك المدخلي وتعريفه عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف، وذلك من أجل تعزيزه وتقويته بهدف صياغة السلوك النهائي، وتسمى هذه الاستجابة بنقطة البداية أو السلوك المدخلي.

ج. اختيار معززات فعالة، وذلك للحفاظ على درجة عالية من الدافعية لدى الطفل، وهذا بدوره يتطلب اختيار المعززات المناسبة في الوقت المناسب.

د. الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعاً.

هـ. الانتقال تدريجياً من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر للسلوك الاجتماعي المرغوب فيه.

2. **النمذجة**: ويكون ذلك لمساعدة الطفل المنعزل اجتماعياً على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعياً مع أقرانه بطريقة جيدة، وقيام الطفل بتقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، ومن ثم تعزيزه بالطرق المختلفة.

ومن أهم العوامل التي تزيد من فعالية طريقة النمذجة في خفض السلوك الاجتماعي لدى الطفل ما يلي (Hojat& Crandall,1989):

أ. جاذبية النماذج المستخدمة على أن تكون ذات مكانة كبيرة عند الطفل، ومن الجنس نفسه.

ب. قدرة الطفل المنسحب على تقليد سلوك النموذج، والاستمرار بأداء السلوك بعد اكتسابه.

3. **التلقين والإخفاء**: التلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية مساعدة، وذلك بهدف زيادة احتمالية أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف. ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع وهي:

أ. التلقين الجسدي Physical Prompts: ويكون بلمس الطفل جسدياً بهدف مساعدته على أداء السلوك، كالمشاركة في الألعاب الجماعية، والمناسبات الاجتماعية بشكل مناسب.

ب. التلقين اللفظي Verbal Prompts: ويكون على شكل تعليمات تساعد الطفل على القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب.

ج. التلقين الإيمائي Gestural Prompts: وهو عبارة عن تلقين من خلال الإشارة أو النظر باتجاه معين، أو بطريقة معينة.

والإخفاء: هو الإزالة التدريجية للتلقين، حتى يستطيع الطفل المنسحب أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية، ويتم ذلك عن طريق تحديد المثيرات التمييزية الطبيعية التي ستعمل على ضبط الاستجابة بعد التوقف عن استخدام المثيرات التمييزية المساندة، ثم تحديد خطوات الإخفاء، وبعدما يتضح أن الاستجابة المستهدفة أصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة التلقين، يمكن البدء بإخفاء التلقين تدريجياً.

4. **التعزيز الإيجابي:** ويكون بالانتباه للطفل عندما يقترب من الآخرين ويتفاعل معهم، وتعزيز ذلك إيجابياً من قبل المعالج، حيث يقوم بالمبادرة إلى التفاعل الإيجابي مع الطفل حتى يستجيب له، والتعزيز الإيجابي هو: إضافة مثير معين بعد صدور الاستجابة المرغوب فيها مباشرة، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، مثل: الثناء على الطفل عند قيامه بالمشاركة والتفاعل مع أقرانه أثناء اللعب الجماعي.
5. **تنظيم ظروف البيئة:** تنظيم الأحداث والمثيرات القبلية في البيئة الاجتماعية للطفل، وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الأطفال الآخرين، ومما يساعد على ظهور السلوكيات المقبولة تدعيم ثقة الطالب بنفسه من خلال مواقف صفية تعتمد على المشاركة والاحترام المتبادل.
6. **التدريب على المهارات الاجتماعية:** وهذا يكون باستخدام النمذجة ولعب الأدوار والتعليمات والتغذية الراجعة والتعزيز، كزمرة علاجية واحدة متعددة العناصر، وذلك لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب **(Hojat& Crandall,1989)**.

إجراءات التقليل المستندة إلى التعزيز:

1. **التعزيز التفاضلي للسلوكات الأخرى:** يعرف التعزيز التفاضلي للسلوكات الأخرى على أنه تعزيز الفرد في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة، ويسمى هذا الإجراء أيضاً بتعزيز غياب

السلوك، لأنه يتمثل على تعزيز الفرد لقيامه بأي سلوك ماعدا السلوك الذي يراد تقليله.

2. **التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض:** ويعرف هذا الإجراء على أنه تعزيز الفرد عند قيامه بسلوك نقيض للسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله، ولهذا يسمى هو أيضاً بالإشراط المضاد، والسلوك النقيض أو البديل للسلوك المستهدف وهو السلوك الذي لا يتوافق طوبوغرافياً معه (أي هو السلوك الذي لا يمكن أن يحدث في الوقت نفسه الذي يحدث فيه السلوك المستهدف).
3. **التعزيز التفاضلي للنقصان التدريجي:** ويشمل هذا الإجراء على تحديد فترة زمنية، يتم فيها قياس السلوك غير المقبول المراد تقليله، فإذا كان معدل حدوث السلوك أثناء تلك الفترة أقل من قيمة معينة، فيتم تعزيز الفرد، أما إذا كان معدل حدوث السلوك أكثر من تلك القيمة فلا يحدث التعزيز.

2. العقاب Punishment:

هو أي إجراء يؤدي إلى تقليل احتمال حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. وقد يأخذ العقاب أحد الشكلين التاليين:

- تعرض الفرد لمثيرات بغيضة أو منفرة، ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من النوع الأول.
- حرمان الفرد من إمكانية الحصول على التعزيز، وذلك بعد قيامه بالسلوك مباشرة ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من النوع الثاني.

3. الإطفاء أو التجاهل Extinction & Ignoring:

إن هنالك افتراضاً أساسياً يقول: إن السلوك إذا تعزز وتدعم فإنه يقوي ويستمر، والسلوك الذي لا يدعم يضعف ويتلاشى، ويستند أسلوب الإطفاء على هذا الافتراض حيث يقوم على إلغاء التعزيز التالي للسلوك، مما يترتب عليه تقليل احتمال ظهور هذا السلوك أو انطفائه، بمعنى أن الإطفاء يقوم على إيقاف المعززات التي كانت تتبع السلوك غير المرغوب وتدعيم استمراريته، ولا يعتمد هذا النوع على استخدام المثيرات المنفرة لتقليل السلوك غير المرغوب كما حدث في العقاب.

4. التصحيح الزائد Over Correction:

وهو يعني ببساطة الطلب من الفرد إعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه سابقاً (قبل حدوث السلوك غير المقبول)، أما الشكل الآخر للتصحيح الزائد المتعلق بتأدية سلوكات لا تتوافق مع السلوك غير المقبول فيسمى بالممارسة الإيجابية.

5. تكلفة الاستجابة Response Cost:

وتعرف تكلفة الاستجابة على أنها: الإجراء السلوكي الذي يتمثل في فقدان الفرد لجزء من المعززات التي لديه نتيجة لتأديته للسلوك غير المقبول، مما يؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك.

6. الإبعاد أو الإقصاء Time out:

وهو إجراء عقابي هدفه تقليل السلوك غير المقبول، ويقوم على افتراض أن السلوكات غير المرغوبة التي يأتيها الفرد تتدعم وتتعزز من الأشخاص الذين حوله، فالطالب الذي ينكت في الفصل (سلوك غير مرغوب فيه) قد تعززه ابتسامات الطلاب أو ضحكهم والمعلم في هذه الحالة لا يستطيع منع استجابة الطلاب الآخرين، وعليه فإن المعلم يقوم بإبعاده وحرمانه من مصادر التعزيز.

7. الممارسة السالبة Negative Practice:

تعتمد على مبدأ أن تكرار الاستجابة شعورياً وإدارياً دون وجود المثير سيؤدي إلى إضعاف هذه الاستجابة عند ظهور المثير وعليه فإن الممارسة السلبية تعني إجبار الطفل على تكرار السلوك غير المرغوب بشكل متواصل فترة زمنية محددة إلى أن يصبح ذلك السلوك مكروهاً للشخص.

8. الإشباع Satiation:

أسلوب الإشباع في العلاج عبارة عن تقديم المعززات بطريقة متواصلة مستمرة لفترة زمنية محددة، بحيث تفقد قيمتها التعزيزية، وتصبح هذه المعززات غير فعالة نتيجة لحدوث الإشباع عند الفرد ويحدث الإمحاء.

9. التنفير Aversion:

تقوم هذه الطريقة على تكوين استجابة جديدة بحيث يستجيب المريض إلى المثير بإحساس مؤلم أو مشاعر غير سارة بدلاً من الإحساس بالسرور والراحة لذلك المثير.

10. التعاقد السلوكي Contingency Contracting:

التعاقد السلوكي هو أحد الوسائل الفعالة التي نستطيع من خلالها استخدام التعزيز بشكل منظم بهدف تسهيل عملية التعلم وزيادة الدافعية، ونستطيع تعريف التعاقد السلوكي بأنه اتفاقية مكتوبة مع الطالب حول موضوع ما ويحدد فيه ما هو مطلوب من الطالب ونوع المكافأة من المرشد ويلتزم فيها الطرفان التزاماً صادقاً.

رابعاً: إجراءات التدخل البيئي

تهدف إجراءات التدخل البيئي إلى تكييف السلوك ليناسب الموقف ولكن الإجراءات المستخدمة تختلف، وذلك اعتماداً على هدف التكنيك هل هو تغيير الطفل أم تغيير البيئة، أم تغيير إدراكات الطفل، كذلك يمكن أن تختلف إجراءات التدخل بسبب الخلفية للأخصائي المهني، فيمكن مثلاً استخدام التكنيكات الدينامية للحصول على أهداف بيئية، وبالمثل أيضاً يمكن استخدام الاتجاهات الأخرى للحصول على نفس الهدف.

خامساً: إجراءات أخرى

1. إجراءات التدخل في المؤسسات الداخلية:

يقوم هذا النوع من التدخل لمعالجة اضطرابات السلوك باعتماد الأسلوب الدينامي النمائي ويتضمن ضبط بيئة الطفل كلياً وما تتضمنه من نشاطات وعلاقات، إذ يقضي الطفل فترة سنة ونصف في المؤسسة الداخلية تنظم من خلالها البيئة ويضبط سلوك الطفل خارجياً، وبعد أن يطور الطفل ضبطاً داخلياً، فإن البرنامج يصبح أكثر مرونة ويسمح بالتعبيرات الفردية، يختلف التربويون الديناميون عن المعلمين بأن اهتمامهم

الأوليّ يكون منصباً على تطور الشخصية والوجدان أكثر منه على النمو المعرفي والتعلم.

من الأمثلة على هذا النوع من التدخل هو مشروع إعادة التربية (RE – Education)، وهذا المشروع صمم للأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة في المدرسة العادية، ويودع الأطفال في مدرسة داخلية خلال الأسبوع ويزورون أهاليهم في نهاية الأسبوع وعادة ما تضم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6 ـ 12) سنة ومن مستوى ذكاء متوسط أو أعلى، أما من الناحية الأكاديمية فإنهم متأخرون صفين أو ثلاثة صفوف عن أقرانهم الطلبة الآخرين، يركز البرنامج على التعليم أكثر من تركيزه على تقويم خدمات نفسية ويهدف إلى التوفيق بين البيت والمدرسة وذلك لتلافي دخول الطفل إلى المستشفى.

أما المعلمون المرشدون الذين يعملون في هذا المشروع فهم من الأشخاص المتحمسين للعمل مع الأطفال ممن لديهم اضطرابات وممن يتلقون تدريبات تناسب عملهم، وفي المدرسة الداخلية يوجد باحث اجتماعي مسؤول عن عمل ترتيبات والتنسيق في المجتمع من أجل مساعدة أهالي الأطفال على تلبية حاجات أطفالهم، ويتضمن البرنامج معلم ارتباط يعمل مع المدرسة العادية التي جاء منها الطفل وذلك من أجل التهيئة لعودة هذا الطفل إلى مدرسته العادية.

2. التدخل في المواقف المجتمعية الطبيعية:

يصمم وينفذ هذا النوع من التدخل من أجل إيجاد تفاعل بديل للأحداث المنحرفين الذين تتراوح أعمارهم بين (15 ـ 18) سنة. وفي هذه البرامج يلتحق الأطفال في مؤسسة لا تتضمن المبيت الليلي، فيها توضع معايير من خلال تفاعل الأشخاص الأقران وليس من خلال فريق المؤسسة، ويمر التفاعل في مرحلتين: **المرحلة الأولى** هي مرحلة العلاج المركز أو الحثيث في المؤسسة، أما **المرحلة الثانية** فهي التكيف المجتمعي والتي تتطلب من الأشخاص المشاركين بهذا البرنامج العمل في النهاية في وظيفة داخل المجتمع.

كما يوجد شكل آخر من أشكال هذا التدخل وهو ما يسمى التفاعل العائلي والتدخل الاجتماعي حيث يستخدم هذا النوع من التدخل بالتركيز على العائلة كنقطة

بداية للمعالجة، الاختصاصيون النفسيون والأطباء النفسيون والباحثون الاجتماعيون يشتركون في البرامج العلاجية أو أن لهم أدواراً في هذه المعالجة، يزور هؤلاء الأخصائيون أفراد الأسرة وكذلك يقابلونهم في العيادة على حد سواء وذلك من أجل تحسين نمط التفاعل بين أعضاء الأسرة.

3. التدخل في المواقف المدرسية:

وتشمل:

- الطلبة كأساس في تعديل السلوك: هذا النوع من البرامج يحصل داخل الصف ويطبق من قبل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. واعتماداً على مبادئ تعديل السلوك، فإن هؤلاء الأطفال يتصرفون كمهندسي سلوك يعدلون سلوك المعلمين وزملائهم من الأطفال الآخرين، وإن الهدف في النهاية هو تحسين العلاقة بينهم وبين الآخرين في المدرسة، ومن خلال تفاعلهم مع الآخرين، فإنهم يقومون بتعديل سلوكهم تبعاً لذلك.
- معالجة مجال الحياة: إن مفهوم العلاج الواقعي (Milieu Therapy) كان قد أوجد من قبل ردل، ومورس، وآخرين في المؤسسات الداخلية للأشخاص المضطربين.
- المعالجة البيئية الفيزيائية.

(القريوتي وآخرون، 1995، ص: 362- 364) (Shea, 1978).

الاستراتيجيات التربوية العلاجية المقترحة لدى ذوي ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

يلعب المعلمون دوراً مهماً وبارزاً كما سبق وأن أشير لنجاح الطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف انتباه ونشاط زائد، فمن خلال تعديل البيئة التعليمية وطرق التدريس وتطبيق استراتيجيات التدخل السلوكي المناسبة لعلاج مشكلات الأطفال، يساهم هؤلاء المعلمون مع غيرهم من الأخصائيين في تطوير هذه الاستراتيجيات وتعديلها لتتلاءم مع حاجات الطلاب، ودون تعاون المعلمين في تنفيذ تلك البرامج فإن نجاح الأطفال في

المدرسة قد يكون شبه مستحيل، ومن هذا المنطلق فإن تأهيل المعلمين وتزويدهم بالخبرات اللازمة يعدان من العناصر المهمة التي تساهم وبشكل فعال في نجاح الطفل في المدرسة، ومن أهم الاستراتيجيات التي يستوجب على معلمي الأطفال الذين لديهم ADHD اكتسابها ما يلي:

أولاً: استراتيجية التدخل السلوكي

وتعتبر استراتيجيات التدخل السلوكي من أهم الاستراتيجيات المستخدمة مع الطلاب الذين يعانون من ADHD للسيطرة على سلوكياتهم غير المناسبة، مما يقود بدوره لتحسن أدائهم الأكاديمي، ففي دراسة لبيسكو ورفاقه (Pisecco,et al,2001) أجراها على (59) معلماً في المرحلة الابتدائية حيث طلب منهم وصف السلوك الصفي الذي يؤثر على الأداء الأكاديمي للطلاب الذين لديهم ADHD، وكذلك الاستراتيجية المستخدمة أو المقترحة لعلاج لتلك المشكلات، كانت استجابة نصف المعلمين تشير إلى تركيزهم فقط وبشكل مستمر على وصف سلوكيات الطلاب الذكور السلبية، كالحركة والعناد وعدم اتباع التعليمات، أما عن الاستراتيجيات المفضلة التي يمكن استخدامها مع هؤلاء الأطفال لعلاج مشكلاتهم السلوكية، فقد كانت تميل نحو الطرق التعاونية بين الأسرة والمعلم، حيث عرضت عليهم عدد من الاستراتيجيات كالتالي:

1. بطاقة المتابعة اليومية Daily Report Card (DRC):

وهو نوع من التدخل يستدعي إشراك الأسرة والمعلمين معاً لتحديد (3 ـ 5) مشكلات عند الطفل للعمل على التعامل معها، ثم يتم تحويل هذه السلوكيات المحددة إلى أهداف يومية خاصة بالطفل كأن تكون الأهداف اليومية للطالب الذي لديه ADHD كالتالي:

- اتباع قوانين الفصل.
- استكمال العمل المحدد للطالب.
- التعامل مع الأقران بشكل مناسب.

ومع نهاية كل يوم دراسي فإن المعلم يعطي الطالب بطاقة درجات لتوضح كيف كان أداؤه على هذه الأنشطة خلال اليوم ليقوم بتسليمها لأسرته حيث يحصل الطالب على الحوافز أو يحرم منها يومياً من خلال متابعة الأسرة لما جاء في التقرير. وهذا الإجراء يجعل الأهل متابعين لأداء أبنائهم، كذلك يتيح لهم فرصة مكافأة أبنائهم على ضوء ما قدموا من أعمال.

2. أسلوب تكلفة الاستجابة (Response Cost Technique (RCT:

في هذا الإجراء يحصل الطالب على نقاط في الصف عندما يظهر السلوك الإيجابي المناسب مثل (تكملة العمل المطلوب)، ويخسر نقاطاً حين يظهر سلوكيات سلبية غير مناسبة مثل (الاندفاع في الإجابة)، ويقوم المعلم بمتابعة سلوك الطالب طوال اليوم وتسجيل النقاط على ضوء سلوكياته، ويمكن للطالب استبدال النقاط التي حصل عليها من خلال جدول بقيمة المعززات التي يمكن الحصول عليها حسب قيمة كل معزز وما يملك الطالب من نقاط.

3. مسابقة الكسب الصفية (Classroom Lottery (CL:

وهذا نوع من التدخل يعمل على إشراك كل الطلاب في الصف حيث يحصل أي طالب على نقاط على ضوء سلوكه، ويضع المعلم قائمة مختصرة بالقوانين الصفية ويشرحها ثم يخبر الأطفال بأنهم قد يكسبون فرصة للقيام بأعمال صفية أو مدرسية حسب النقاط التي يكسبونها، ثم يتابع نقاط الطلاب من خلال جدول، والطلاب الذين يتأهلون يضع أسماءهم في سلة ويضع قائمة بالأعمال الصفية في سلة أخرى، ثم يسحب اسم طالب بالقرعة ويختار الطالب الذي يذكر اسمه عملاً صفياً من الأعمال المتاحة، إلى أن يحصل كل طالب من الذين تأهلوا على عمل صفي.

4. استخدام أدوية خاصة باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد:

ثم يُطلب من المعلمين بعد عرض الاستراتيجيات الأربع الاستجابة لثلاث أسئلة:

- كيف تقبلوا الطرق الأربع السابقة من الأساليب العلاجية؟
- إلى أي حد يعتقدون بأنها ستكون مؤثرة في نجاح الطفل؟

- إلى أي مستوى من السرعة يعتقدون بأنها ستكون مؤثرة؟

بالنسبة للسؤال الأول: فإن معظم المعلمين أجابوا بأن أسلوب المتابعة اليومية يعتبر الأسلوب الأفضل.

بالنسبة للأكثر تأثيراً وأكثر سرعة فإن غالبية المعلمين يعتقدون أيضاً بأن بطاقة المتابعة اليومية ستكون فعالة بنفس مستوى الأدوية الخاصة بضعف الانتباه أو النشاط الزائد، وهو الأسلوب الذي يعمل على إشراك الأهل مع المعلم في عملية متابعة وتعزيز أبنائهم، مما يشعر الطفل بالأهمية ويحرص على الانضباط في سلوكياته في بيئات مختلفة.

وفي دراسة قام بها كارلسون وتام (Carlson & Tamm,2000) حول استخدام الثواب وكلفة الاستجابة في تحسين أداء ودافعية الطلاب الذين لديهم ADHD مقارنة بالأطفال الذين لا يوجد لديهم ADHD، حيث استجابت الدراسة على عدد من الأسئلة كالتالي:

- كيف يتأثر أداء الأطفال الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة؟
- هل يتغير تأثير استخدام الحوافز وتكلفة الاستجابة مع الأطفال الذين لديهم ADHD اعتماداً على طبيعة المهام التي يقومون بها؟
- هل يؤثر استخدام أسلوب الحوافز وثمن الاستجابة على دافعية الأطفال الذين لديهم ADHD لاستكمال الأعمال المطلوبة؟

وقد شملت عينة الدراسة (44) طفلاً ممن أعمارهم بين (8 ـ 10) سنوات، منهم (22) طالباً تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD النمط المزدوج و(22) من الطلاب الذين ليس لديهم ADHD، وقد أشرك الطلاب في أداء مهمتين باستخدام الكمبيوتر، وقد شرح للأطفال كيفية كسب أو خسارة النقاط على ضوء إنجازاتهم على الكمبيوتر.

وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

أ. تحسن أداء الطلاب الذين لديهم ADHD باستخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة، في حين لم يتأثر كثيراً أداء الطلاب العاديين.

ب. استخدام أسلوب الثواب وتكلفة الاستجابة لم يترك أثراً على دافعية الطلاب في كلا المجموعتين، وقد يكون السبب في ذلك كما حلله الباحثان في الدراسة، بأن استخدام الحوافز وحدها لا يزيد من الدافعية تجاه استكمال المهام، بل لا بد من أن تكون المهام التي يقوم الطفل بأدائها مشوقة وممتعة حتى تزداد دافعيته للانخراط بها.

ثانياً: استراتيجية علاج الوظائف التنفيذية

كما سبقت الإشارة له في المشكلات المرتبطة بصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين لديهم ADHD، فإن الكثير من الباحثين أعزوا فشل الطلاب تعليمياً في بعض المواد لأسباب مرتبطة بوجود اضطراب في الوظائف العملية لدى هؤلاء الأطفال وهو ما يؤثر على العمليات العقلية التي تساعد في تنظيم السلوك المعقد المباشر، وتشمل هذه العمليات وضع الأهداف والتخطيط والسببية والمرونة والقدرة على تأخير الاستجابة، كذلك فإن تشغيل الذاكرة يعتبر من العناصر المهمة في هذه العمليات حيث يمكن للفرد إبقاء المعلومات وحفظها في عقله للاستخدام اللاحق، ويعد هذا البعد من العمليات مهماً جداً لأنه يؤثر بدوره على الجوانب العقلية الأخرى كالسببية وغيرها. وقد تم التوصل في العديد من الأبحاث إلى أن اضطراب تشغيل الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم ADHD، قد يكون عاملاً مؤثراً في حدوث الصعوبات الأكاديمية التي قد يواجهها الطلاب، لذا فإن التدخل في هذا الجانب بهدف تحفيز الذاكرة لدى الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب قد يكون له تأثير فاعل في تحسين فرص نجاحهم الأكاديمي.

ويبدو بأن برامج الكمبيوتر التي تكون معدة ومهيأة بشكل جيد لتتلازم مع حاجات وقدرات الطلاب الذين لديهم ADHD، قد تكون بدورها علاجاً لبعض مشكلاتهم الأكاديمية التي يعانون منها، فالدراسة التي قام بها كل من كلينجبرج

ورفاقه (Kleinberg,et. al,2003) والتي استخدموا فيها برنامجاً تدريبياً على الكمبيوتر لتشغيل الذاكرة لدى الأطفال الذين لديهم ADHD ويعانون من اضطراب الوظائف العملية، كانت عاملاً مؤثراً في نجاح وفشل الطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب. فقد عملت هذه الدراسة والتي تم تطبيقها لمدة (5) أسابيع على عينة من الطلاب عددهم (50) طالباً وطالبة في عمر (7 ـ 12) سنة، حيث تم استخدام برنامج كمبيوتر من مستويين، مستوى مركز ومستوى بسيط، كلاهما يشمل نفس المحتويات ولكن بصعوبة مختلفة حيث يتم توزيع الطلاب على البرنامجين والتي احتوت على أداء يرتبط بتشغيل الذاكرة البصرية والسمعية من خلال (20) جلسة كل جلسة محددة بزمن (45) دقيقة لاستكمال المهام المطلوبة كحد أدنى، ويتم قيام الطفل بأدائها إما في المدرسة أو المنزل بالتعاون مع الأسرة. وفي نهاية التدريب، تمت مقارنة أداء المجموعتين في المستوى الأقل والمستوى الأصعب لتشغيل الذاكرة، وكذلك تمت مقارنة أدائهم مرة أخرى بعد (3) أشهر دون تدريب، للتأكد من استمرار النتائج. وقد توصل الباحثون لما يلي:

أ. أظهر الطلاب الذين تعرضوا لتدريب على برنامج أكثر كثافة لتشغيل الذاكرة تحسن أكبر من الأطفال في التجربة التي حصلت على برنامج أقل كثافة.

ب. كان أداء الطلاب الذين تعرضوا لتدريب أكثر كثافة أفضل من الطلاب الآخرين حتى على بقية الوظائف العملية بعد التدريب، وحتى بعد (3) أشهر من التدريب.

ج. كانت انطباعات الأهل تشير إلى أن أعراض الاندفاعية والنشاط الزائد وعدم الانتباه، لدى الأبناء الذين تعرضوا لبرنامج مكثف لتشغيل الذاكرة، انخفضت عما كانت عليه قبل التدريب، واستمر ذلك بعد (3) أشهر من التدريب، خاصة في جانب الانتباه.

د. الفروق بين أداء المجموعتين من الطلاب في الأعراض حسب آراء المعلمين بعد التدريب لم تكن تشير إلى أي اختلاف.

وعموماً تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن استخدام برامج الكمبيوتر المعدة لتشغيل الذاكرة عند الأطفال، تساهم في تحسين أداء الأطفال الذين لديهم ADHD إذا ما وظفت بالشكل المناسب، مما قد يساهم في تقليص مشكلاتهم التعليمية.

ثالثاً: استراتيجية تشغيل الانتباه

إضافة إلى الدراسات التي اهتمت بعلاج صعوبات التعلم لدى الطلاب الذين لديهم ADHD من خلال التركيز على علاج اضطراب العمليات العقلية فقد خرجت أيضاً بعض الدراسات المحدودة التي اهتمت بدراسة أثر استخدام إجراءات تقوم على برامج وأنظمة لعلاج مشكلة الانتباه لدى الطلاب، ومن هذه الدراسات، الدراسة التي قام بها سيمور كليكمان والتي عمل بها على توظيف استراتيجية تدخل مع الأطفال الذين صنفهم معلموهم وآباؤهم على أن لديهم صعوبات في الانتباه، فقد اشترك في هذه الدراسة (33) طفلاً وطفلة في الصفوف (2 ـ 6) والذين تم تشخيصهم على أن لديهم ADHD وكذلك (21) طفلاً وطفلة ممن لا يعانون من ADHD، بالإضافة إلى (21) طالباً ممن لا يوجد لديهم ADHD والذين يمثلون العينة الضابطة، وقد تم ترشيح الطلاب لهذه الدراسة على ضوء اختيار المعلمين لهم على اعتبار أن:

- لديهم صعوبات في استكمال الواجبات والانتباه في الصف.
- موافقة الأهالي للاشتراك في البرنامج ليتم تدريب أبنائهم على مهارات الانتباه.

وقد قدم برنامج تدريبي للانتباه للطلاب، بعد انتهاء دوام المدرسة، حيث تلتقي مجموعات من (4 ـ 5) طلاب مرتين في الأسبوع لمدة (60) دقيقة في كل مرة ولمدة (18) أسبوعاً، واستخدم معهم برنامج Attention Process Training (APT) تدريب عمليات الانتباه والذي يحتوي على مستويين للانتباه:

المستوى الأول: المقدرة على التركيز والبقاء في نفس المكان لفترة زمنية محددة.

المستوى الثاني: القدرة على نقل الانتباه من مهمة لأخرى.

وقد شمل برنامج التدريب مهارات لتدريب الانتباه السمعي والانتباه البصري، وقد استخدمت أدوات تعليمية مجسمة للأحرف والأرقام وغيرها وكذلك أشرطة كاسيت صوتية لبعض الأصوات المختلفة للأحرف والأرقام. والمطلوب من الطفل أن يركز على كم عدد مرات سماعه لصوت أو حرف أو رقم معين، (وحسبت دقة الإجابات الصحيحة وسرعة الاستجابة) وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

قبل تطبيق التدريب، كان أداء الطلاب الذين لديهم ADHD في المجموعة التجريبية والضابطة، أقل من أداء الأقران العاديين في مستوى الانتباه السمعي والبصري.

وبعد التدريب أظهرت المجموعة الضابطة التي تضم أطفالاً لديهم ADHD ولم يطبق عليهم البرنامج، أداء ضعيفاً في مهارات الانتباه مقارنة بأقرانهم الذين لديهم ADHD وكانوا في المجموعة التجريبية، حيث كان أداء المجموعة التجريبية أفضل بفارق كبير، كذلك فإن أداء الطلاب في المجموعة التجريبية كان مماثلاً لأداء الطلاب الذين لا يوجد لديهم ADHD، بل إن أداءهم كان أفضل في جانب الانتباه السمعي من الأقران الذين لا يوجد عندهم ADHD في العينة الضابطة.

وهذه النتائج المشجعة تؤكد أهمية تفعيل التدريب للمهارات الأساسية التي يعاني منها الطلاب الذين لديهم صعوبات تعليمية مرتبطة بجوانب نمائية كمشكلة الانتباه، وتؤكد على دور المعلم في الاستفادة من الاستراتيجيات التطبيقية الأفضل لتحسين أداء الطلاب في تلك الجوانب.

رابعاً: استراتيجية التركيز البصري

أظهرت العديد من الدراسات بأن الأطفال الذين لديهم ADHD يميلون إلى عدم الطاعة واتباع التعليمات أكثر من غيرهم من الأطفال، وخاصة الأطفال الذين لديهم Oppositional Defiant Disorder (ODD) أي اضطراب السلوك العنادي، والآلية التي من خلالها يتزايد هذا السلوك لدى الأطفال غير واضحة تماماً، لكن هناك نظرية تشير إلى أن الأطفال عادة إذا ما وجه لهم أمر من الأوامر مثل "اترك لعبتك جانباً"، فإن

العديد من الأطفال حتى الذين لا يوجد لديهم ADHD يقومون برد فعل سلبي فوري للأوامر. والأطفال الذين لديهم ADHD قد تكون لديهم أعراض اندفاعية وصعوبات أكبر تحول دون قدرتهم على احتواء ردود أفعالهم السلبية، وكنتيجة لذلك فإن رد فعلهم السريع يترجم فوراً إلى سلوك عنادي، وهذا قد يقود بدوره إلى مشكلات ما بين الأسرة والأبناء، لذا فإن تعلم كيفية الحصول على سلوك إيجابي من الأبناء الذين لديهم ADHD يعتبر تحدياً كبيراً للوالدين، ولكنه يعتبر مهماً أيضاً لنجاح الطفل والاستفادة مما يطلب منه لتحسين علاقاته وأدائه في الجوانب الاجتماعية والتعليمية. وقد استخدمت إجراءات عديدة لعلاج هذه المشكلة منها:

- استخدام الأدوية التي تحد من الاندفاعية عند الأطفال، إلا أن هذه الأدوية لم تكن فعالة مع جميع الأطفال.
- تدريب الأسر على برامج تعديل السلوك، مثل استخدام صوت منخفض وحازم، تقديم أمر واحد في كل مرة، عدم الدخول في تفاصيل والتركيز على الاختصار في التعليمات.
- التواصل البصري مع الطفل لجعل التعليمات أو الأوامر أكثر فعالية، والذي يتم التدريب عليه عادة في برامج توجيه السلوك، وقد أوصت العديد من برامج تدريب الأسرة على ضرورة التواصل والتركيز البصري مع الأطفال أثناء إعطاء التعليمات.

ففي الدراسة التي قام بها كابلكا ليختبر إمكانية تحسين استجابة وطاعة الأطفال الذين لديهم ADHD للأوامر والتعليمات عندما تستخدم استراتيجية التركيز البصري مع الطفل، حيث اشتركت (76) عائلة في هذه الدراسة ممن لديهم أطفال يعانون من ADHD وأعمارهم تتراوح بين (5 ـ 10) سنوات، وقد تم تقسيم العائلات بشكل عشوائي على مجموعتين من العلاج.

وكلا المجموعتين يتلقون تعليمات حول كيفية إعطاء أوامر للأطفال بشكل فعال كالتالي:

- أن يتم إعطاء التعليمات بعد تركيز البصر على الطفل.
- إعطاء نوع واحد من التعليمات فقط في كل مرة.
- تقديم التعليمات كعبارة مباشرة مثل "ضع القلم على الطاولة الآن" بدلاً من استخدام نبرة على شكل سؤال "هل من الممكن أن تضع القلم على الطاولة الآن؟"
- استخدام نبرة صوت هادئة عند إعطاء الأوامر أو التعليمات.
- تقليص المشتتات التي يمكن أن تكون موجودة، مثلاً "إطفاء التلفزيون عند إعطاء التعليمات".
- تعزيز الطفل على اتباع التعليمات واستخدام عقاب بسيط عندما لا يتبع التعليمات مثل (الإقصاء ـ الحرمان).

ومجموعة الأسر التي كانت تستخدم إجراء التركيز البصري يتلقون تعليمات إضافية بأن ينظروا إلى الطفل من (20 ـ 30) ثانية بعد إعطاء التعليمات حتى لو لم يكن الطفل مهتماً منذ البداية، كما تم إعلامهم بأن لا يكرروا التعليمات حتى تنتهي فترة (20 ـ 30) ثانية، والهدف من أسلوب التركيز البصري هو إشعار الطفل بجدية الأسرة مع عدم تشكيل تهديد على الطفل كما يحدث عادة حين يرفع الأهل أصواتهم ويهددون الأطفال عند تقديم تعليمات لهم، وقد تم تدريب الأهل على تحاشي نظرات الغضب أثناء النظر للطفل واستبدالها بنظرات جادة حريصة على استجابة الطفل.

وقد استجابت الأسر لاستمارة حول سلوك الأبناء قبل البدء في التدريب أعدها باركلي حيث يصف الأهل المشكلات التي يمرون بها مع أبنائهم الذين لديهم ADHD في (16) موقفاً مختلفاً، كما تمت إعادة الاستجابة للاستمارة بعد أسبوعين من تطبيق التجربة على الأسر في المجموعة التجريبية وتأخير المجموعة الضابطة. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي:

كانت نتائج المجموعتين قبل التدريب متقاربة حيث تعاني الأسر من العديد من المشكلات في اتباع الأبناء للأوامر.

وبعد أسبوعين من التدريب للمجموعة التجريبية على كيفية تقديم التعليمات للأبناء، بالإضافة لإجراء التركيز البصري، فقد كانت استجابات الأسر التي تدربت تدل على تحسن كبير في سلوك الأبناء واتباع التعليمات، مقارنة مع أسر المجموعة الضابطة التي لم تبدأ بعد اتباع أي إجراء تدريبي مع أبنائهم وبنسبة (44٪).

بعد بدء الأسر في المجموعة الضابطة على تطبيق إجراء كيفية تقديم التعليمات فقط مع الأبناء دون إجراء التركيز البصري. فقد تحسن أداء الأبناء بنسبة (32٪)، مما يشير إلى أن استخدام الإجراءين معاً (تقديم التعليمات بشكل مناسب وإجراء التركيز البصري) يقود إلى اتباع أفضل للتعليمات.

وهو جانب مهم يساهم بشكل كبير في استفادة الطفل مما يقدم له من معلومات ويحسن فرص اكتسابه للتعليم في حال تم تعميمه على المدرسة والمنزل حيث يمكن أيضاً الاستعانة بهذه الاستراتيجية ليسهل اتباع الطلاب للتعليمات الصفية والتعليمية.

خامساً: استراتيجية الإشراف والمتابعة الفردية

بالنسبة للأطفال الذين لديهم ADHD، فإن النجاح الأكاديمي يشكل عادة مشكلة، وقد أشارت العديد من الدراسات، أن التحصيل الأكاديمي المتدني يعد واحداً من أبرز النتائج لهذا الاضطراب، وقد تكون هنالك العديد من الأسباب التي نتج عنها ذلك منها:

- طرق التعليم التقليدية في المدارس الابتدائية، قد لا تحفز التعليم لدى العديد من الطلاب الذين لديهم ADHD.
- العديد من الأطفال الذين لديهم ADHD لديهم أيضاً صعوبات تعلم، وظهور هذه الصعوبات يجعل تعليم هؤلاء الأطفال وإكسابهم للمهارات الأكاديمية الأساسية والمطلوبة للنجاح المدرسي مهمة صعبة.
- كذلك حتى لو لم يكن لدى الطفل صعوبات تعلم، فإن المشكلات الصفية يمكن أن تتسبب في التشويش على اكتساب الطفل للمهارات والخبرات

الأكاديمية، وهذا ما تم تداوله في العديد من الدراسات، لذا فإن الطفل الذي لديه ADHD ولا يتمكن من اكتساب المهارات الأكاديمية المطلوبة منه، كبقية زملائه في الفصل، نظراً لمشكلة الانتباه لديه أو النشاط الزائد والاندفاعية (وليس لأنه أقل ذكاءً)، فإن هذا الطفل سيصبح أقل استعداداً للنجاح في متطلبات الفصل الدراسي الذي يلتحق به وقد تبدأ مشكلات أخرى لديه.

أحد المداخل المهمة للوقاية من هذا الوضع من الظهور، قد يكون تحديد الطفل الذي لديه صعوبات انتباه في الصف الأول الابتدائي، ومن ثم تقديم المساعدة المكثفة له حتى يتمكن من اكتساب المهارات الضرورية للنجاح الأكاديمي. فقد تؤثر مشكلات الانتباه لدى الأطفال في إمكانية اكتسابهم لمهارات القراءة المبكرة لذا فإن الإشراف والتعليم الموجه والخاص للطفل قد يساعده في تعلم أشياء قد لا يكتسبها وحده في حالة التعليم الجماعي، مما يعمل على توفير قاعدة مهمة تساعد الطفل في النجاح الأكاديمي اللاحق.

وقد ناقشت ذلك دراسة رابنرز ومالون ورفاقهم (Rabiner & Malone, et al,2004) والتي هدفت إلى التعرف على أثر الإشراف الخاص والفردي للطفل الذي يعاني من مشكلات الانتباه على تحصيله في مادة القراءة. حيث اشترك (581) طفلاً وطفلة تم أختيارهم لدراسة أعدت بهدف وقاية هؤلاء الأطفال من الإصابة باضطراب السلوك المعارض وقد تم توزيع الأطفال في مجموعتين تجريبية وضابطة، بحيث إن الأطفال في المجموعة التجريبية يتلقون مجموعة شاملة من التدخلات صممت للوقاية من تطور السلوك المعارض، فيحصل كل طفل على (90) دقيقة في الأسبوع من التعليمات الخاصة بمادة القراءة، من خلال (3) جلسات، وقد تم تطبيق مقياس للقدرة على القراءة قبل بداية العام وبعد نهاية العام لكل طفل، والذي يشمل قياس قدرة الأطفال على التعرف على الأحرف والوعي بأصوات الأحرف وقراءة كلمات بسيطة، كذلك فقد استجاب المعلمون على مقياس تقديري للسلوكيات حول كل طفل في نهاية العام،

من ضمنها سلوك عدم الانتباه، وقد كان اهتمام الباحثين في هذه الدراسة على مدى تأثير الإشراف الموجه والخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه، في زيادة تحصيله في مادة القراءة، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة لما يلي:

- مع نهاية العام الدراسي، فإن الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات في القراءة في الاختبار القبلي ولم يقدم لهم إشراف خاص على الرغم من وجود مشكلات انتباه لديهم خلال العام الدراسي أظهروا تحصيلاً منخفضاً عن بقية الأقران.
- الأطفال الذين لم تظهر لديهم مشكلات قراءة مبكرة ولم تكن لديهم مشكلات انتباه وتلقوا إشرافاً وتوجيهاً خاصاً لم يظهروا أي اختلافات بعد الإشراف مقارنة بمن لم يقدم لهم إشراف.
- الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ولم تكن لديهم مشكلات انتباه وتلقوا إشرافاً وتوجيهاً خاصاً تحسنوا إلى حد كبير في مادة القراءة مقارنة ببقية المجموعات.
- الأطفال الذين لديهم مشكلات مبكرة في القراءة ومشكلات كبيرة في الانتباه وقدم لهم إشراف وتوجيه خاص، لم يستفيدوا على الإطلاق من الإشراف الخاص، بل استمر أداؤهم في مادة القراءة منخفضاً ومشابهاً تماماً لمن لم يتلق إشرافاً خاصاً.

ما تشير له هذه النتائج لا يجب أن يفسر على أن الوالدين والمعلمين يجب أن يتوقفوا عن تقديم الدعم الأكاديمي الفردي للطفل، بل يمكن أن تقود هذه النتائج إلى أنه ليس التعليم الموجه أو الخاص للطفل الذي لديه مشكلات في الانتباه ومشكلات أكاديمية وحده هو الذي سيقود إلى تحسين قدرات الطالب الأكاديمية، وإنما علاج مشكلات الانتباه باستخدام استراتيجيات مناسبة أثناء التعليم الموجه أو الخاص للطفل هو الذي سيحسن من مستوى تحصيله الأكاديمي.

وكمدخل آخر للعلاج من خلال الإشراف والمتابعة والتعليم الموجه للطفل، فقد أجريت دراسة أخرى تمت من خلالها مقارنة طرق التدريس التقليدية الجماعية في الفصل الدراسي، بالتدريب عن طريق الأقران لثمانية عشر طفلاً (18) لديهم ADHD في الصفوف من (1 ـ 5)، حيث يقوم الطلاب بالمبادرة في تدريس موضوع جديد إلى رفيق آخر في الفصل الدراسي، ويتم تقسيم الأطفال بشكل عشوائي إلى مجموعات ثنائية، وكل طفل يبادر بتعليم الآخر يعتبر معلماً خاصاً (Tutor) والآخر متعلماً (Tutee)، ويزود المعلم الطالب الذي يقوم بالتعليم بقائمة من المهام التعليمية الخاصة بحل (10) مسائل في الرياضيات، وتكون مرتبطة بما يدور من تعليمات في الفصل، ويعمل المعلم الطالب على إملاء النقاط أو المسائل لفظياً للمتعلم، والذي يجب أن يستجيب أيضاً لفظياً، ويحصل المتعلم على نقطتين مقابل كل إجابة صحيحة ويصحح المعلم الصغير أخطاء المتعلم ويمنحه الفرصة للتدرب على الإجابة الصحيحة، وفي نهاية الفترة المحددة للطالب للاستجابة، يتم تبديل الأدوار بين الطلاب، ويكون دور معلم الفصل هو المتابعة لسلوكيات الطلاب في المجموعات الثنائية أثناء العمل ويقدم المساعدة فقط عند الضرورة، ويضع المعلم نقاط تعزيز للمجموعات الثنائية التي تتبع التعليمات بشكل مناسب، وفي نهاية الجلسة يقوم المعلم باحتساب عدد النقاط التي حصلت عليها كل مجموعة، ويتم وضعها في جدول ليحصلوا على مكافأة في نهاية الأسبوع باستبدال النقاط.

وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن (50٪) من الأطفال الذين لديهم ADHD أظهروا تحسناً في الأداء الأكاديمي في الرياضيات وكذلك في التهجئة عند استخدام أسلوب التعليم عن طريق الأقران مقارنة بالطريقة التقليدية للتعليم عن طريق معلم الفصل.

وقد لوحظ زيادة في حماس ونشاط الطلاب في المشاركة بالأنشطة والمهمات الأكاديمية، وكذلك تقلص الانشغال عن أداء المهمات عند كافة المشاركين (القمش، 2011).

وهذه النتائج تشجع إلى حد كبير على استخدام الأساليب الحديثة في التعليم كأسلوب التعليم باستخدام الأقران مع الطلاب الذين لديهم اضطراب ضعف انتباه ونشاط زائد (DuPaul et. al, 1998).

الفصل السابع
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي اضطرابات التواصل

- مقدمة.
- تعريف التواصل.
- تعريف اضطرابات التواصل.
- شيوع اضطرابات التواصل.
- مكوّنات التواصل.
- مراحل تطور الكلام واللغة عند الأطفال.
- تصنيف اضطرابات التواصل.
- الأساليب العلاجية لاضطرابات التواصل.
- إرشادات ونصائح للمعلمين للتعامل مع حالات اللعثمة والتأتأة عند طلبة المدارس.
- مهارات التواصل الواجب إتقانها من قبل ذوي اضطرابات التواصل.

الفصل السابع
البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي اضطرابات التواصل

مقدمة:

يتميز التواصل الإنساني بعدم محدوديته بقضايا مادية، إنه يشمل أيضاً مفاهيم مجردة، يستطيع الإنسان التواصل مع الآخرين دون تغيير الأشياء الفيزيائية في كثير من الأحيان، إنه يستطيع تغيير الجوانب المعرفية للآخرين أيضاً، إن التواصل الإنساني في النهاية قدرة إنسانية هائلة قلما ثمّنها الإنسان، إلا إذا فقدها أو أصابها خلل أو تأخرت في النمو.

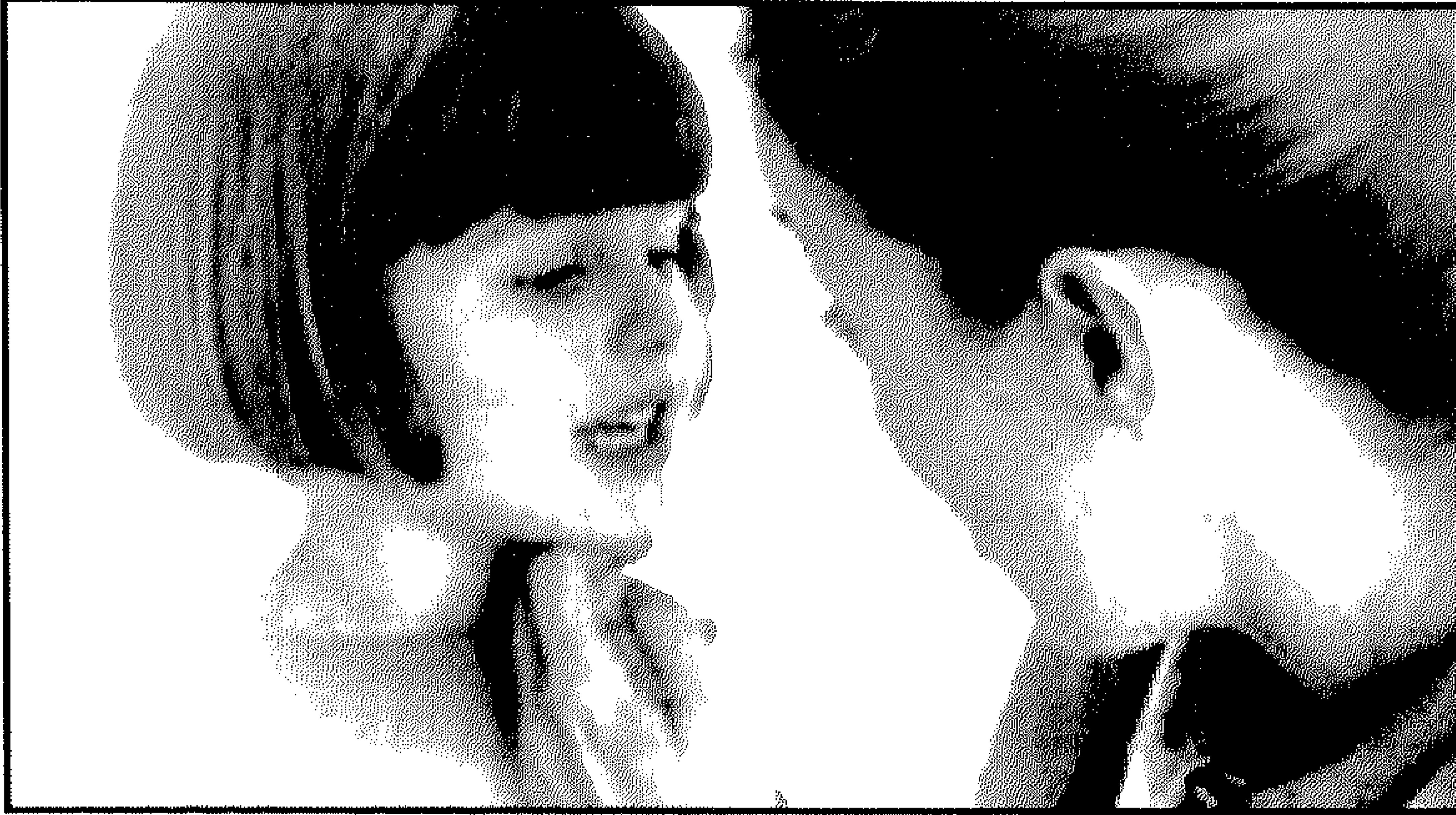
وتعتبر اللغة المنطوقة من أكثر الوسائل شيوعاً في عملية التواصل، ولا تقتصر هذه العملية على البشر وحدهم، فهي عملية موجودة لدى جميع الكائنات الحية، إلا أن ما يميز تواصل الإنسان عن غيره من المخلوقات أنه أكثر أنواع التواصل تعقيداً وإبداعاً، وكما أن استخدام الإنسان للتواصل لا يكون بهدف تحقيق الحاجات الأساسية اللازمة لبقائه فقط، كما هو الحال عند جميع الحيوانات الأخرى، وإنما يتعداه للتعبير عن أحاسيسه ومشاعره المختلفة من ناحية والتواصل الاجتماعي من ناحية أخرى (الفارع وآخرون، 2000).

تعريف التواصل:

يقصد بالتواصل استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس، من هنا يعتبر التواصل سلوكاً إنسانياً من درجة راقية ذلك أنه يميز عن باقي المخلوقات باستخدام الكلام واللغة، إن التواصل مهم وضروري من أجل التفاعل الاجتماعي (القريوتي وآخرون، 2001).

وعرفه آخرون بأنه: هو عملية تبادل الآراء أو المعلومات أو الأفكار أو العواطف بين شخصية أو أكثر (Owens, 2001).

تعريف اضطرابات التواصل:



لا يوجد تعريف شامل ومحدد لاضطرابات التواصل فقد ركّزت التعريفات على تأثير هذه الاضطرابات على الجوانب المختلفة لعملية التواصل كالنطق واللغة والسمع كما ركّز بعضها على التأثيرات الاجتماعية لهذه الاضطرابات فقد عُرّفت اضطرابات التواصل على أنها:

- (أية إعاقة أو خلل ممكن أن يؤثر سلباً على عملية الكلام الطبيعية أو اللغة أو السمع) (الفارع وآخرون، 2000، ص: 246).
- (عبارة عن اضطراب في الاستخدام الطبيعي للنطق واللغة).

وتعد اضطرابات التواصل من الاضطرابات المركزية الأساسية التي تؤثر بدورها في ظهور اضطرابات أخرى مثل التفاعل الاجتماعي الذي يتأثر مباشرة باكتساب اللغة، لذا فإن التدخل العلاجي من خلال وضع أسلوب تدريب أو تعليم مهارات لهؤلاء الأطفال من أجل إمدادهم بحصيلة لغوية جديدة تساعدهم على تعلم بعض السلوكيات والمهارات الاجتماعية الجديدة التي تعمل على خفض الاضطرابات السلوكية اللغوية الموجودة عندهم (Fey, et. al, 1995).

وعلى كل حال تعّرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات التواصل كما يلي:

أ. **اضطرابات الكلام:** هي خلل في الصوت، أو لفظ الأصوات الكلامية، أو في الطلاقة النطقية، ويلاحظ هذا الخلل في إرسال واستخدام الرموز اللفظية وتشمل:

1. اضطرابات الصوت: وهو غياب أو خلل في إنتاج الصوت بنوعية معينة أو شدة معينة أو علو معين.
2. اضطرابات اللفظ: وهو الخلل في إنتاج أصوات الكلام.
3. اضطراب الطلاقة: ويعرف بأنه خلل في التعبير اللفظي يظهر على شكل تغير في معدل حدوث الكلام، وتناغم كلامي غير عادي، ويمكن أن يكون مصاحباً بحركات جسمية.

ب. **اضطرابات اللغة:** هو خلل أو شذوذ في تطور أو نمو فهم واستخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة. والاضطراب يمكن أن يشمل أحد جوانب اللغة التالية أو جميعها:

1. شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، والقواعد).
2. محتوى اللغة (المعنى).
3. وظيفة اللغة (الاستخدام الاجتماعي للغة) (القريوتي وآخرون، 2001).

شيوع اضطرابات التواصل:

أشارت الدراسات أن عدد الأطفال المضطربين تواصلياً من الذكور يفوق عدد الإناث، بالإضافة إلى أن اضطرابات التواصل تزداد في الأعمار والصفوف الابتدائية الأولى، بينما تقل مع تقدم العمر وفي الصفوف العليا، وإن تقدير نسبة شيوع اضطرابات التواصل ليس بالسهل، وذلك بسبب اختلاف الباحثين في تعريف تلك الاضطرابات، ووجودها لدى الإعاقات الأخرى كمشكلات مصاحبة، وكذلك اختلاف في المجتمعات التي أجريت عليها دراسات نسبة الشيوع. تشير بعض التقديرات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي (3 ـ 5٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات التواصل بدرجة شديدة، وإن نسبة اضطرابات اللفظ تفوق كثيراً أنواع اضطرابات التواصل الأخرى (Heward & Orlansky, 1988).

وتتباين اضطرابات التواصل من حيث الشدة ومن حيث النوع، ويظهر الكثير من الأطفال أشكالاً متنوعة من هذه الاضطرابات، كما أن هذه الاضطرابات يمكن أن تكون مصاحبة لكثير من حالات الإعاقة، كالإعاقة الجسمية والصحية، والإعاقة العقلية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات الانفعالية، وفي كثير من الحالات، التي يكون فيها الاضطراب بسيطاً يمكن التغلب عليه والتعامل معه بسهولة، ولكن تبقى هناك مستويات شديدة من اضطرابات التواصل تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي (Hallahan & Kauffman, 2003).

نسبة اضطرابات الكلام:

تشير أفضل التقديرات إلى أن (10٪) من الناس يعانون من نمط ما في صعوبات التواصل وأن حوالي (75 ـ 80٪) من هذه الصعوبات تقع في النطق.

نسبة اضطرابات اللغة:

تقدّر الدراسات نسبة الذين يصابون باضطرابات اللغة تقديراً متفاوتاً يتراوح بين (3 ـ 12٪) من الأفراد في المجتمع، وهناك أطفال يعانون اضطرابات أخرى ويعانون في الوقت نفسه اضطرابات لغوية، فذوو صعوبات التعلم أكثر ما تظهر صعوباتهم في نطاق اللغة، والمعاقون عقلياً لا تتطور لديهم اللغة إلا بمقدار قدراتهم العقلية (الوقفي، 2001).

مكوّنات التواصل:

يتكون التواصل من العناصر الآتية:

1. الصوت. Voice
2. النطق. Articulation
3. اللغة. Language
4. الطلاقة الكلامية. Fluency
5. السمع. Hearing

(الفارع وآخرون، 2000).

وفيما يلي توضيح لهذه العناصر الخمسة:

أولاً: الصوت Voice

يظن الكثير من الناس أن الأصوات تنشأ في الفم أو الحلق أو اللسان ولكن إحداث الصوت يعتمد على عملية التنفس ويستخدم لإنتاجه جهازا التنفس والهضم.

فجهاز التنفس يؤمن وظيفته الرئيسة (وهي التنفس) ويسهل إحداث الصوت والكلام في الوقت نفسه، **ويمكن تقسيمه إلى أقسام كبرى وهي:**

1. الرئة.
2. القصبة الهوائية التي تعلوها الحنجرة.
3. المجرى الفموي والأنفي.

وتعتبر الحنجرة العضو الأساسي المسؤول عن إحداث الصوت حيث تحتوي على الوترين الصوتيين الذين يتذبذبان عند مرور تيار الهواء أثناء عملية الزفير لإحداث الصوت.

ويتحكم في هذا التذبذب عدة عوامل مثل:

- طول الأوتار الصوتية.
- غلظ الأوتار الصوتية.
- درجة ارتفاع ضغط الهواء في الرئتين.

ويختلف حجم الحنجرة وحجم أجزائها بين الطفل والكهل وبين الرجل والمرأة فهي عند الرجل أكبر مما هي عليه عند المرأة، وعند المرأة أكبر مما هي عليه عند الطفل.

- إذا طالت الأوتار الصوتية وغلظت كانت الذبذبات أطول.
- إذا قصرت الأوتار ودقت ارتفع التردد وتضاعف معه الارتفاع أو الدرجة.

ولذلك كانت أصوات النساء والأطفال أكثر حدة من أصوات الرجال (Bloom, 1991).

وتقوم الأجهزة الأخرى كالبلعوم والفم والأنف بالإضافة للحنجرة بتعديل الصوت وإعطائه خصائصه المميزة كما تقوم أعضاء النطق الأخرى كاللسان والشفاه بالحركة لتشكيل الأصوات اللغوية (الفارع وآخرون، 2000).

والعلم الذي يدرس كيفية إنتاج الأصوات الكلامية وما هي الخواص السمعية لتلك الأصوات يسمى (علم الأصوات).

ثانياً: النطق Articulation

ويعتبر المكون الثاني لعلمية التواصل ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصوت وعندما نخرج صوتاً لا يعني ذلك أننا ننطق، فالنطق مرحلة متطورة عن إخراج الصوت، فالحيوانات تطلق أصواتاً لكنها لا تنطق، إلا أن الإنسان زوّد بقدرة لتحويل الصوت إلى حروف ناطقة، حيث تشترك أجهزة النطق (الرئة، الحنجرة، المجرى الفمي والأنفي) في تكوين الصوت وتشكيله كما تشترك كذلك في تكوين حروف النطق، ويسمّى العلم الذي يدرُس الأنظمة للغة من حيث تركيب ووظيفة الأصوات في اللغة بعلم الأصوات الوظيفي (الفونولوجيا) (أبو العز، 1995).

ثالثاً: اللغة Language

وهي مجموعة من الرموز تمثّل المعاني المختلفة وهي مهارة اختص بها الإنسان، وتعتبر من وسائل الاتصال الاجتماعي والعقلي وهي نوعان (لفظية، غير لفظية)، فنحن نسمعها منطوقة ونقرؤها مكتوبة ونفهم لغة الإشارات وتمثل اللغة قلب التفاعل الاجتماعي.

ويختلف الكلام عن اللغة بأن الكلام صورة اللغة يستعمل فيها الإنسان الكلمات للتعبير عن أفكاره، والاستعداد للكلام فطري أما اللغة التي يصب فيها الكلام فمكتسبة (Bloom, 1991).

مكونات اللغة:

تتكون اللغة من العناصر التالية:

1. الأصوات Phonology: ويقصد بها الأصوات الكلامية في اللغة، وأصغر وحدة تسمى فونيما Phoneme وهي عبارة عن وحدات صغيرة تساعد على تمييز نطق لفظة ما عن لفظة أخرى في لغة ما أو لهجة ما، واللغات واللهجات تستخدم أصواتاً مختلفة.
2. التراكيب Morphology: وهو نظام خاص ببناء شكل الكلمات في اللغة كصيغ الجمع والأفعال.
3. النحو Syntax: وتمثل قواعد اللغة العربية وطريقة الجملة في الكلمات بناء على قواعد ثابتة وهو جزء من التراكيب.
4. المعاني Semantics: وتشير إلى المعاني والمفردات والجمل التي تتكون منها اللغة.
5. الجوانب الاجتماعية Pragmatic: وتشير إلى توظيف اللغة في المجالات الاجتماعية وفهم المعنى الاجتماعي للتواصل اللغوي وهو ما يعرف باللغويات الاجتماعية (Hallahan & Kauffman, 2003).

ويشير أوينز (Owens) إلى أن تعلم اللغة بالشكل الطبيعي يحتاج إلى عدة متطلبات وهي:

1. القدرة على إدراك الأصوات المتتالية في فترة قصيرة.
2. القدرة على الانتباه وتوقع حدوث المثير.
3. القدرة على استخدام الرموز.
4. القدرة على تكوين الجمل.
5. قدرة عقلية كامنة.
6. قدرة على التفاعل والتواصل مع الآخرين (Owens, 2001).

رابعاً: الطلاقة Fluency

وهـي الانـسياب الـسهل والـسلس للكـلام بـشكل متواصل وبمعـدل طبيعـي دون الحاجة إلى جهد يذكر (الفارع وآخرون، 2000).

خامساً: السمع Hearing

يعتبر النمو اللغوي من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية أو الفقـدان الـسمعي ومـن هنـا يلعـب الـسمع دوراً مهمـاً في اكتـساب اللغـة والكـلام والنمـو اللفظـي برمتـه (Bloom, 1991).

مراحل تطور الكلام واللغة عند الأطفال:

الأطفال يختلفـون في العمـر الـذي يكتـسبون فيـه مهـارات الكـلام واللغـة، وهـذا يرجـع إلى الاخـتلاف في قـدرات الأطفـال والبيئـة الـتي يعيشون فيهـا والـتي تـؤثر بـشكل مباشـر علـى مـدى اكتـسابهم لتلـك المهـارات. ومـع ذلـك فالأطفـال بـشكل عـام يتبّعـون تسلسلاً في هذا الجانب يمكن التنبؤ به، **وهذه المراحل هي:**

1. مرحلـة الـصراخ: وهـي أصـوات يـصدرها الطفـل منـذ ولادتـه ويـتم فيهـا نفـخ الهـواء في طريقـة انعكاسـية مـن الـرئتين حيـث تـصدر الأصـوات عنـد عبـور الهـواء فوق الأوتار الصوتية وفيمـا بعـد تـصدر بـسبب الجـوع والعطـش والألم والحرارة.
2. مرحلة المناغاة: وتظهر في الأسبوع السادس أو السابع من عمـر الرضـيع هنـا يـصدر الطفـل أصـواتاً عـشوائية متنوعـة وتعتبر المناغـاة نـشاطاً انعكـاسياً، يحـدث نتيجـة اسـتثارة الطفـل داخليـاً عـن طريـق الإحساس الاستكـشافي للـشفتين واللـسان والحلـق، ولا يعتـبر الـسمع ضـرورياً لظهـور المناغــاة، فالمناغـاة يقـوم بهـا جميـع الأطفـال بمـن فـيهم الأطفـال الـصم الـذين يمـرون

بمرحلة المناغاة ولكن في المراحل اللاحقة يفقدون القدرة على الكلام بسبب عدم تلقيهم لتغذية راجعة لمناغاتهم.

3. **مرحلة إصدار الأصوات اللغوية:** يتم إصدار أصوات مثل با ـ با ـ با، دا ـ دا ـ دا، ويعزز استمرار هذه الأصوات من خلال التغذية الراجعة التي يتم فيها سماع الطفل لصوته وشعوره بالإحساس الجسمي للنشاط الشفوي (السرطاوي وأبو جودة، 2000).

4. **مرحلة تقليد الأصوات (المصاداة):** في هذه المرحلة يقلّد الطفل الأصوات أو الكلمات التي يسمعها وتتضمن هذه المرحلة بعض الفهم القليل لما يسمعه الطفل أو قد لا يفهم ما يسمع من أصوات، وقد يقلّد تقليداً خاطئاً فقد يغيّر أو يبدّل أو يحذف أو يحرف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها.

5. **مرحلة النطق:** يبدأ الطفل في هذه المرحلة باستخدام أنماط الأصوات والكلمات عن قصد ويتوقع استجابة من الآخرين بما أصدره من أصوات، وتعتبر بداية النطق الحقيقي حيث يطور الرموز اللغوية الممثلة للأشياء والأفعال والأحداث والعلاقات والأفكار، ويكون عمر الطفل من سنة إلى سنة ونصف (القريوتي وآخرون، 2001).

وحين يصل الطفل إلى عمر السنتين يكون قد طوّر مفردات أساسية مهمة ويستطيع التعبير عن نفسه باستخدام جمل قصيرة تتألف من كلمتين أو ثلاث كلمات، ثم تتطور اللغة لدى الطفل بشكل سريع، فإذا ما وصل إلى عمر خمس سنوات فإنه يكون قد طوّر لغة تامة بشكل أساسي من حيث الشكل والبناء (Learner, 1990).

وفيما يلي الجدول رقم (1 ـ 7) يوضح الخصائص النموذجية لتعلم اللغة عند الطفل في سن ما قبل المدرسة.

جدول رقم (1 ـ 7)

الخصائص النموذجية لتعلم اللغة عند الطفل في سن ما قبل المدرسة

	3 سنوات	4 سنوات	5 سنوات
▪ معدل المفردات	900 كلمة	1500 كلمة	2200 كلمة
▪ متوسط طول الجمل	3 ـ 4 كلمات	5 ـ 6 كلمات	6 كلمات فأكثر
▪ أسماء الجمع المنتظم	بإتقان	بإتقان	بإتقان
▪ أسماء الجمع غير المنتظم	أخطاء شائعة	أخطاء شائعة	أخطاء شائعة
▪ أزمان الأفعال	بإتقان	بإتقان	بإتقان
▪ أدوات الربط	استخدام (و)	استخدام (لكن، لأن)	إضافة أدوات ربط أكثر
▪ الأسئلة	استخدام (من، ماذا)	استخدام (متى، لماذا)	
▪ اللفظ	يخطئ بـ 40٪ من الأصوات	يخطئ بـ 20٪ من الأصوات	يخطئ بـ 10٪ من الأصوات
▪ نقص الطلاقة	شائع	شائع	شائع

تصنيف اضطرابات التواصل:

تصنّف اضطرابات التواصل بعدة طرق ومن ذلك تصنيفها تبعاً لمكونات عملية التواصل نفسها وعلى هذا الأساس يمكن أن تصنّف هذه الاضطرابات إلى ثلاثة أنواع رئيسة هي:

النوع الأول: اضطرابات الكلام وتشتمل على اضطرابات الصوت واضطرابات النطق واضطرابات الطلاقة.

النوع الثاني: اضطرابات اللغة والتي تشمل جانباً أو أكثر من الجوانب اللغوية كالصرف والنحو والدلالة والاستخدام.

النوع الثالث: اضطرابات السمع التي ترجع إلى وجود مشكلة في الجهاز السمعي.

وممكن أن تصنف اضطرابات التواصل تبعاً للأسباب التي أدت إليها حيث تصنف إلى مجموعتين:

1. اضطرابات التواصل العضوية التي ترجع إلى وجود خلل عصبي أو تشريحي.
2. الاضطرابات التواصلية الوظيفية التي لم تنتج عن أسباب عضوية معروفة.

وتصنّف تبعاً للعمر الذي ظهرت فيه قبل الولادة أو بعدها بقليل أو بعد فترة من التواصل الطبيعي كالطفل الذي يصاب بالصمم بعد دخوله المدرسة (فارع ورفاقه، 2000، ص: 247 ـ 249).

وسنتحدّث هنا عن التصنيف تبعاً لمكونات عملية التواصل:

أولاً: اضطرابات اللغة Language Disorders

وتعني وجود ضعف في استيعاب واستخدام اللغة المحكية والمكتوبة والأنظمة الرمزية الأخرى. ويكون هذا الاضطراب في شكل اللغة، محتواها، ووظيفتها في عملية التواصل.

مظاهر اضطرابات اللغة:

1. **تأخر ظهور اللغة Langauge Delay:** في هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها وهو السنة الأولى من عمر الطفل، ويترتب عن ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين وفي المحصول اللغوي للطفل وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

2. صعوبة الكتابة Dysgraphia: فلا يستطيع أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها حيث يكتب في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه بطريقة غير مقروءة.
3. صعوبة التذكر والتعبير Dysnomia & Apraxia: حيث يجد صعوبة في تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب، ومن ثم التعبير عنها.
4. صعوبة فهم الكلمة أو الجملة Agnosia: في هذه الحالة يكرّر استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها.
5. صعوبة القراءة Dyslexia: هنا لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح المادة المكتوبة والمتوقع قراءتها ممن هم في عمره الزمني، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه.
6. صعوبة تركيب الجملة Langauge Deficit: ويقصد بذلك صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد اللغة ومعناها لتعطي المعنى الصحيح (نصر الله، 2000).
7. فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها Aphasia: وهي اضطراب في التواصل يؤثر على قدرة الشخص على استخدام وفهم الكلمات المكتوبة والمحكية، والناتجة عن تحطم في الجزء المسيطر على اللغة في الدماغ وعند معظم الناس يكون الجانب الأيسر من الدماغ.

أنواع الأفيزيا (الحبسة الكلامية):

هناك العديد من التصنيفات لها وسنتناول هنا التصنيفات التي تبنتها جمعية الحبسة الكلامية الدولية National Aphasia Association حيث قسمت الحبسة الكلامية إلى نوعين:

النوع الأوّل: الحبسة المتعلقة بالطلاقة الكلامية وتسمى حبسة فيرنكا Wernickes Aphasia والأشخاص الذين يعانون من هذا النوع لديهم مشاكل في فهم اللغة المكتوبة والمحكية.

النوع الثاني: الحبسة المتعلقة بعدم الطلاقة الكلامية (Non - Fluent Aphasia) أو ما يسمى بحبسة بروكا (Brocas Aphasia) ويعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من صعوبات في التواصل الشفوي وصعوبات في الكتابة ويندرج تحت هذا التصنيف نوع آخر وهو أشد حالات الحبسة الكلامية ويسمى بالحبسة الشاملة (Global Aphasia) ويشمل هذا النوع النوعين السابقين، حيث يجد الفرد صعوبة في التعبير وصعوبة في التواصل الشفوي والكتابي.

ويوجد نوع آخر من أنواع الحبسة الكلامية ويسمى بحبسة التوصيل Conduction Aphasia ومن أبرز مظاهرها عدم قدرة الشخص على إعادة الكلام بينما تكون الطلاقة الكلامية والقدرة على الاستيعاب طبيعيتين إلى حد كبير (فارع ورفاقه، 2000، ص: 259).

ثانياً: اضطرابات الصوت Voice Disorders

وهي تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجات الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه أو انخفاضه أو نوعيته وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات عند الاتصال مع الآخرين.

أنواع اضطرابات الصوت:

- **الارتفاع غير الكافي:** حيث يكون الصوت غير مرتفع بالدرجة الكافية.
- **انعدام التناسق:** فالأصوات المرتفعة جداً أو المنخفضة جداً تعتبر غير متناسقة.
- **عدم وضوح اللحن:** ويعبر عنه بالصوت المبحوح.
- **انعدام التباين والاختلاف:** حيث يوجد اختلاف بين عمق الصوت وارتفاعه.
- **التلحين غير المتناسق:** وذلك باستخدام الأنف أكثر مما ينبغي أو بعدم استخدامه بالدرجة الكافية.

ثالثاً: اضطرابات النطق Articulation Disorders

تشير الدراسات الميدانية إلى أن اضطرابات النطق تشكل غالبية أمراض الكلام، ومن السهل التعرف عليها ومعالجتها في غرفة الصف وفي البيت وتتمثل في

عدم وضوح الكلام وغموضه بسبب إخفاق الشخص في إخراج الأصوات الكلامية المعروفة (المشاقبة، 1987، ص: 59).

أنواع اضطرابات النطق:

1. الحذف **Omission**: أن يحذف الفرد حرفاً أو أكثر من الكلمة. مثال: يقول خوف بدلاً من خروف.
2. الإبدال **Substitution**: كأن يبدل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة كإبدال حرف الراء لاماً والكاف تاءً، مثال: (كتب ينطقها تتب)، (راح يلفظها لاح).
3. الإضافة **Additions**: ويقصد بذلك أن يضيف الفرد حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة، مثال: (لعبات بدلاً من كلمة لعبة).
4. التشويه **Distortions**: ويقصد بذلك ألا ينطق الفرد الكلمات بالطريقة المألوفة في مجتمع ما. ويحدث التشويه نتيجة تعلّم خاطئ في سن مبكرة أو نتيجة تعلم طغيان لهجة من اللهجات على الأخرى، وقد يكون التشويه بأن يصفر في السين أي يبدو صوت السين وكأنه صوت صاد (الوقفي، 2001، ص: 224).
5. اضطرابات تتصل بالضغط **Pressure**: فهناك بعض الحروف الهجائية كاللام والراء مثلاً تحتاج إلى درجة معينة من الضغط يقوم بها اللسان على أعلى سقف الحلق، فإذا لم تتوافر كان نطق الحرف غريباً وغير مألوف (فارع ورفاقه، 2000).

رابعاً: اضطرابات الطلاقة Stuttering Fluence Disorders

الطلاقة هي السلاسة في جريان الكلام وتقدمه أو إيقاعه وتحدث اضطرابات الطلاقة عند معاناة الطفل لمجرى هواء غير سوي عند التعبير اللفظي، بحيث يعتري الكلام خلل في السرعة والإيقاع مصحوباً بالإجهاد (الوقفي، 2001، ص: 224).

مظاهر اضطرابات الطلاقة:

1. **اللجلجة أو التهتهة:** وهي أكثر مظاهر اضطرابات الطلاقة، وتحدث بين الأولاد بنسبة (2 ـ 10٪). واللجلجة هي انحباس أو تكرار أو إطالة للأصوات أو أشباه الجمل أو الجمل بحيث يضطر المتكلم إلى التنفس ثانية أو التوقف بضعة قبل أن يخرج الكلمة ويرافقها أعراض مثل: إغماض العينين وفتحها بشكل لا إرادي وهز الرأس وتكشير الوجه، وأبكر الأعمار التي يظهر فيها اللجلجة حوالي الشهر الثامن عشر. مثال: أنا أنا أنا بدي أنا بدي (الوقفي، 2001، ص: 224).
2. **ظاهرة السرعة الزائدة في الكلام Cluttering:** هنا يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات ويصاحب ذلك نوع من المظاهر الجسدية الانفعالية غير العادية.
3. **ظاهرة التأتأة في الكلام Stuttering:** هنا يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عدداً من المرات أو يتردد في نطقه عدداً من المرات ويصاحب ذلك مظاهر جسمية انفعالية غير عادية، مثل تعبيرات الوجه، أو حركة اليدين.
4. **ظاهرة الوقوف أثناء الكلام Blocking:** في هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية، وتؤدي اضطرابات الكلام إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

الأساليب العلاجية لاضطرابات التواصل:

يُفترض أن يكون علاج هذه المشكلة علاجاً نفسياً وتقويمياً وجسمياً واجتماعياً في آن واحد مع التركيز على العلاج النفسي، لأن العوامل النفسية تأتي في طليعة العوامل المؤدية إلى ظهور هذه المشكلة.

أولاً: العلاج النفسي

تهدف وسائل العلاج النفسي أساساً إلى إزالة التردد والخوف وإحلال الثقة والجرأة والأمن والشعور بالإستقرار مكانهما في نفس الطفل ومن وسائل العلاج النفسي:

1. **طريقة اللعب:** وتهدف إلى كشف أسباب الاضطراب عند الأطفال وتفهم دوافعه، كما تهدف إلى وضع الأطفال في جو حر يشجعهم على الانطلاق والكشف عن رغباتهم دون خوف أو تصنع، كما أنها تتيح للأطفال فرص التعويض والتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة من مخاوف أو تصنع، كما أنها تتيح للأطفال فرص التعويض والتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة من مخاوف أو غضب أو شعور بالنقص في جو من العطف والفهم من قبل المعالج.
2. **طريقة الإيحاء والإقناع:** وتعتبر من أهم وسائل معالجة اللجلجة، وتهدف إلى استئصال إحساس المصاب بالقصور والشعور بالنقص، ومن خلال هذه الطريقة يستطيع المعالج النفسي بناء الثقة في نفس مريضه.
3. **طريقة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه:** ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساساً على أساليب تعديل السلوك، والممثلة في أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي أو العقاب أو تشكيل السلوك أو التقليد (Heward & Orlansky, 1988).

ثانياً: العلاج التقويمي أو العلاج الكلامي

ويهدف إلى تدريب الطفل ومساعدته على النطق السليم للحروف أو الكلمات بواسطة تمرينات خاصة تستخدم تمرينات خاصة فيها آلات توضع تحت اللسان أو في الفم أثناء الكلام، وذلك من قبل أخصائيين في تعليم اللغة واضطراباتها ويُطلق على هذا المتخصص مصطلح Speech Therapist.

وفي هذا النوع من العلاج يجب مراعاة ما يلي:

1. اختيار الموضوعات المحببة للطفل للحديث عنها.
2. تشجيع الأطفال على الحديث أمام الآخرين.
3. تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح.

ثالثاً: العلاج الجسمي والعصبي

ويهدف إلى علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيباً في النطق كالشفاه المشقوقة أو تشوّه الأسنان، أو خلل الأحبال الصوتية، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام في المخ أو ترقيع وسد فجوة الحلق.

رابعاً: العلاج الاجتماعي

ويهدف إلى معالجة المصاب من ناحيتين:

1. علاج شخص مريض ويسمى بالعلاج الشخصي ويهدف إلى تغيير اتجاهات المصاب الخاطئة التي لها علاقة بالمشكلة كاتجاهه نحو والديه أو أصدقائه أو مدرّسيه.
2. علاج البيئة المحيطة بالطفل ويسمى بالعلاج البيئي، ويهدف إلى تغيير البيئة الفاسدة التي تؤثر على مشكلة المصاب ويتم ذلك من خلال معاملته معاملة أفضل من ذي قبل. إذا كان يعاني من سوء المعاملة سواء من جانب الوالدين أو المدرسين أو الزملاء، أو بتلبية مطالبه المادية لتخليصه من الشعور بالحرمان المادي أو بمطالبة الوالدين بتجنب الشجار أمامه، حتى لا يتهدد شعوره بالأمن (Wiig & Semel, 1984) (Mogford & Sadler, 1989).

إرشادات ونصائح للمعلمين للتعامل مع حالات اللعثمة والتأتأة عند طلبة المدارس:

على المعلم أن يعرف أن المدرسة تُحدث أكبر قدر من الضغوطات للطالب لذلك يقع على كاهل المعلم تهيئة الظروف المناسبة للطالب كي يتعلم بعيداً عن الإحساس بالضغوطات التي ترفع درجة القلق والتوتر عنده، وتعتبر الأمثلة التالية من الممارسات التي ترفع درجة القلق عند الطالب وتزيد الضغوط النفسية لديه:

1. أسلوب التدريس الصارم والمناداة على الطلاب للإجابة على الأسئلة أو التسميع حسب الدور أو حسب الحروف الهجائية.
2. الإصرار على إجابة قصيرة، محدودة وسريعة.

3. الحفظ والتسميع أمام الطلاب.
4. يجب على المعلم أن لا يتناسى هذا الطالب ويعفيه من القراءة أو الإجابة لأن هذا يؤدي إلى إحساس الطالب بالعزلة.

وبين كل من (Mogford & Sadler, 1989) ضرورة اتباع النصائح التالية:

1. تعليم الطريقة الصحيحة لنطق الأصوات وتطوير المحصول اللغوي لمن يعانون من اضطرابات نطقية وتأخر في الكلام.
2. مساعدة وإعادة تعلم اللغة ومهارات الكلام وصياغة الجمل لمرضى الحبسة الكلامية وتعليمهم كيفية تعويض هذا القصور في اللغة والكلام.
3. زيادة نسبة طلاقة الأشخاص الذين يعانون من التلعثم وتوجيههم نحو التكيف مع التلعثم.
4. المساعدة على التحكم في طريقة إصدار الصوت وتنظيم التنفس لمن يعانون من اضطرابات في الصوت.
5. تهيئة الأشخاص على كيفية التواصل مع الآخرين بشكل صحيح.

وهناك بعض السلوكات التي يجب على المعلمين مراعاتها وخاصة أمام الطلاب الآخرين:

1. عدم النظر بعيداً عن الطالب عندما يتلعثم.
2. عندما ينادي على الطلاب حسب الحروف الهجائية ويقترب دور المتلعثم فإن انفعالاته واضطراباته تزداد اضطراباً.
3. عدم محاولة المعلم قول الكلمة التي يعجز الطالب عن النطق بها أو تكميلها ظناً منه أن ذلك يخفف عن الطالب.
4. أن لا يقول له تكلم ببطء أو أعد الكلمة أمام الطلبة.

كذلك على المعلم أن يتذكر ما يلي:

1. أن الشرح المطول أو القراءة لمدة طويلة أو الإجابة بالتفصيل تعتبر جرماً بحق الطالب المتلعثم (الشديد التلعثم)، إن الإجابة القصيرة جداً أو الإجابة بنعم أو لا هي أفضل من الشعور بالتجاهل.

2. من المستحسن أن يستشير المعلم الطالب المتلعثم، هل يفضل السؤال القصير أم الطويل داخل الصف، وأن يعطى الخيار للإجابة على عدة إجابات يختار منها ما يريد ويفضل أن يسأل في بداية الحصة أو نهايتها أو عندما يرفع إصبعه فقط.
3. على المعلم أن يخبر الطالب على انفراد أنه يعاني من صعوبة في الكلام، وأن يفهمه أن كل طالب يواجه صعوبة في النطق في وقت من الأوقات، مثلما أن الطلبة قد يواجهون صعوبة في المشي أو الركض وبعض المهارات الأخرى في بعض الأحيان.
4. من واجب المعلم أن يمنع أي سخرية أو ألقاب يطلقها الطلاب على الطالب المتلعثم سواء داخل الصف أو خارجه، وأن يتعامل معهم على انفراد وبسرية تامة.
5. عندما يستمع المعلم للمتلعثم داخل الصف بكل صبر ودون استعجال فإنه سيكون قدوة لبقية الطلاب.
6. على المعلم أن لا يطلب من الطالب أن يكرر الكلمة التي تلعثم بها أملاً منه أن ينطقها بطلاقة، لأن التكرار يؤدي إلى تكيف مؤقت فقط، بالإضافة إلى أنه إذا لم يحدث التكيف بسرعة فإن هذا يسيء للطالب كثيراً.
7. على المعلم أن لا يُظهر الشفقة أو الحب الزائد أو يتكلم مع الطالب عن مشكلته أمام الآخرين.
8. هناك نوع من المعلمين الذين لا يبذلون جهداً للتكلم مع الطالب عن مشكلته النطقية كأنه ليس هناك مشكلة مهما كانت الصعوبة في الكلام ظاهرة، وهذا يؤدي إلى شعور المتلعثمين أن مشكلتهم أحرج من التكلم عنها.
9. على المعلم أن يخلق جواً محبباً لدى الطلاب للمناقشة والتعلم بكل ثقة وارتياح وبعيداً عن أي توتر أو ضغط.
10. القراءة الجماعية أو القراءة معاً كلما استعملت أكثر تكون مريحة وتزيل ضغوط الكلام.

مهارات التواصل الواجب إتقانها من قبل ذوي اضطرابات التواصل:

هنالك العديد من مهارات التواصل الواجب إتقانها من ذوي اضطرابات التواصل لكي يتمكنوا من التفاعل مع التدخلات التأهيلية والتربوية المعدة لهم، وفيما يلي شرح موجز لكل من هذه المهارات.

أولاً: مهارة التدريب السمعي Auditory Training Skill

ويقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية لدى ذوي اضطرابات التواصل باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصةً الدلائل المناسبة التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة التي تهدف إلى ثلاثة أهداف هي:

1. تنمية وعي الطفل ذي اضطرابات التواصل للأصوات.
2. تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
3. تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل ذي اضطرابات التواصل وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

ثانياً: مهارة التواصل اللفظي Oral Communication Skill

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد ذوي اضطرابات التواصل استخدام الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام، إن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد ذا اضطرابات التواصل من التواصل مع أقرانه.

الفصل الثامن
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للتوحديين

- مقدمة .
- تعريف التوحد .
- نسبة انتشار التوحد .
- أشكال التوحد .
- خصائص الذين يعانون من التوحد .
- تطور حالة التوحد .
- أشكال معالجات التوحد .
- هل هناك علاج شاف ؟ .

الفصل الثامن
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للتوحديين

مقدمة :

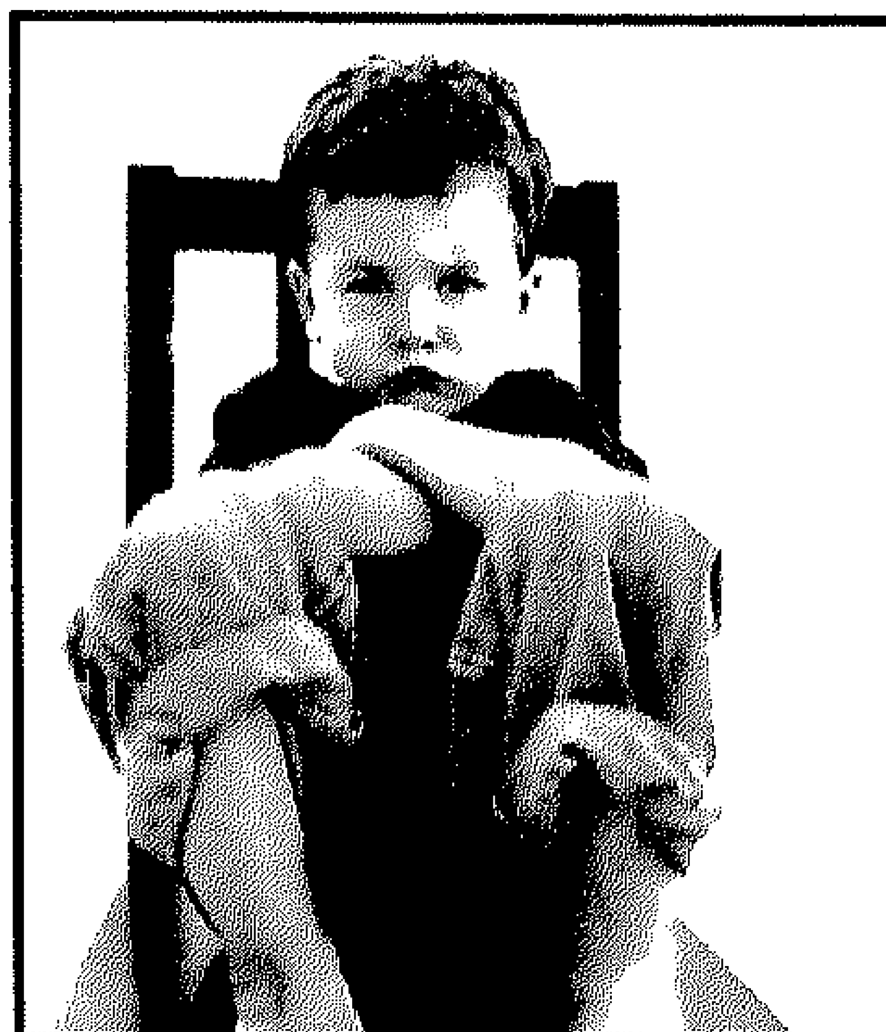
يشكل الأفراد الذين يعانون من التوحد فئة غير متجانسة، ويعد التوحد أحد فئات ذوي الحاجات الخاصة الأكثر صعوبة بالنسبة للمعلمين، وأولياء الأمور، واختصاصيي العلاج والتأهيل، فهذا الاضطراب يرتبط بضغوط نفسية شديدة نسبياً، كذلك فهو لا يزال مثيراً للجدل على مستوى التشخيص، والتصنيف، والعلاج.

ولا يزال ما نعرفه اليوم عن حالات التوحد محدوداً بالمقارنة بما نعرفه عن حالات أخرى من الإعاقات، على الرغم أن ما نعرفه لازال محدوداً بالمقارنة بما نعرفه عن الإنسان، وهذا بدوره مازال محدوداً بالمقارنة بما نعرفه عن عناصر البيئة الأخرى والعالم المادي والطبيعي، وحتى هذا القليل من المعرفة العلمية لحالات التوحد غير معروف إلا للقلة القليلة المتخصصة تخصصاً دقيقاً.

وإذا ما رغبنا في توفير نوعية أعلى من الحياة للجميع، يكون هذا من خلال العمل مع بعضنا البعض، بدلاً من العمل بشكل منفصل، ويحتاج هؤلاء الأفراد لآباء وأخصائيين لأنهم بحاجة للمساعدة في معالجة المشكلات المتعلقة بالتوحد.

وذكر الإمام والجوالده (2010 ـ ب) أن الآباء يحتاجون لأخصائيين، لكي يتعلموا عن التوحد، وكيف يكون الوضع عند العيش وطرق التواصل معهم، وإمكانية توفير العلاج المناسب لمساعدة الطفل والعائلة لتحسين نوعية الحياة، ويحتاج الأخصائيون لآباء يعرفونهم عن حالة أبنائهم، ويساعدونهم في تفسير سلوكياتهم.

تعريف التوحد:



عرف التوحد على أنه إعاقة نمائية معقدة تستمر طوال العمر، وتظهر هذه الإعاقة عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من الحياة وتؤثر على الطريقة التي يتواصل من خلالها الشخص مع الناس، ومنذ عام (1943)، عندما قام كانر (Kanner) بوصف "التوحد الطفولي المبكر" Early Infantile Autism واسبيرجر Asperger في عام (1944)، بتعريف "المرض التوحدي" Autism psychopathy تم إلقاء الضوء على هذا المرض، ولكن هذا لا يكفي لتحقيق الفهم الصحيح للحكم على ظهور مثل هذه الحالات.

ولقد شخص كلٌ من كانر واسبيرجر التوحد على أنه اضطراب نمائي مختلف ومتفرد بشكل ملحوظ، وأنه لم يتم وصفه إكلينيكياً من قبل، وأن الناس الذين يعانون منه قد اعتبروا ـ بشكل غير مبرر ـ معاقين عقلياً.

ولقد شهدت العقود التالية انتقالاً معرفياً وثقافياً وتوعوياً نحو فهم التوحد، وتم إجراء الدراسات والأبحاث المتعلقة بأسبابه وتشخيصه وعلاجه في جميع أنحاء العالم، كما أدى العمل الفعال لكل من وينج وجولد **(Wing & Gould,1979)**، إلى تغير الفهم الإكلينيكي للتوحد بشكل كبير.

وبعد إجراء دراسة مكثفة ومتعلقة بعلم الأوبئة استنتج وينج وجولد أن التوحد هو عبارة عن سلسلة تتمثل بمظاهر متباينة ولكنها تعتبر جميعاً جزءاً من (طيف) واسع من

الاضطرابات ذات العلاقة، وبذلك ينظر الآن إلى كل من التوحد الكلاسيكي لكانر، ومتلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome (AS) على أنها جزء من مجموعة واسعة من الحالات المعروفة بشكل شائع تحت اسم "اضطرابات الطيف التوحدي" Autistic Spectrum Disorders (ASDs).

وذكرت وينج (Wing,2000) أن التوحد اضطراب طيفي، فإن هذا يعني أن الناس يتأثرون به بدرجات مختلفة؛ فبعض الناس يتأثرون بدرجة كبيرة، بينما قد تبدو مصاعب الآخرين غير ملحوظة تماماً، وقد يواجه بعض الذين يعانون من التوحد صعوبات تعلم، بينما يكون آخرون منهم قادرين ويحصلون على نسبة ذكاء حول المعدل أو تزيد عن المعدل، وقد تتطور الحالة إلى الإصابة بالصرع لدى ما نسبته (15 ـ 20٪) من التوحديين ـ يحدث هذا عادة في مرحلة المراهقة ـ، كما قدر بأن ما نسبته (50٪) من الأطفال التوحديين لا يتكلمون طوال حياتهم.

ومع ذلك، بيّنت الأبحاث من خلال التدخل المبكر المناسب، أن (14٪) من التوحديين فقط لا يطورون قدراتهم اللفظية، وقد يمتلك بعض التوحديين مهارات لغوية جيدة ولكنهم يفتقرون إلى القدرة على فهم الوظائف البرجماتية الاجتماعية والتعبير عنها بشكل لفظي أو غير لفظي.

وقد بينت الدراسات المسحية أن حوالي (10٪) من التوحديين لديهم مجموعة من القدرات غير العادية أو المهارات التي تضعهم في مصاف ذوي القدرات الخاصة، أي ما يسمى بذوي القدرات الخارقة، وهذا يتمثل في امتلاك موهبة خاصة في الفنون والموسيقى والحساب (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

يوجد العديد من التعريفات التي قدمت للتوحد، حيث قدمت جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا (NAS) التعريف الأول، بينما قدمت جمعية التوحد في أمريكا (ASA) التعريف الثاني.

أولاً: تعريف جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا National Autistic Society

التوحد هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله. وعلى الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثالوث (ICI) من الإعاقات في:

- التفاعل الاجتماعي. Social Interaction
- الاتصال الاجتماعي. Social Communication
- التخيل. Imagination

بالإضافة إلى هذا الثالوث، تعتبر النماذج السلوكية المتكررة خاصية ملحوظة لديهم.

ثانياً: تعريف جمعية التوحد في أمريكا Autism Society of America

يعتبر التوحد إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية (CIS):

- الاتصال اللفظي وغير اللفظي. Communication Verbal and non - Verbal
- التفاعل الاجتماعي. Social Interaction
- التطور الحسي. Sensory Development

(Wing. 1996)

ثالوث الإعاقات:

استندت معايير تعريف وتشخيص التوحد، على خصائص سلوكية معينة تظهر لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسة، وتذكر وينج (Wing, 1992) بأنها المعايير التي من المحتمل أن تكون الأكثر قبولاً عالمياً وهي:

- إعاقات في التفاعل الاجتماعي. Impairments in Socialization
- إعاقات في الاتصال الاجتماعي. Impairments in Communication
- إعاقات في التخيل. Impairments in Imagination

وتعرف هذه الخصائص الثلاث بشكل مجتمع باسم "ثالوث الإعاقات"، وبما أن التوحد اضطراب نمائي تطوري، تتنوع مظاهره السلوكية حسب العمر والقدرة، ومع ذلك، فإن خصائصه الثلاث (إعاقات في التفاعل الاجتماعي والاتصال والتخيل) تكون موجودة بأشكال مختلفة في جميع مراحل النمو.

نسبة انتشار التوحد:

منذ اكتشافه لأول مرة في عام (1943)، اعتبر التوحد "اضطراباً نادراً"، ولعدة سنوات، دلت أكثر الإحصائيات على أن التوحد يصيب من (4 ـ 5) من كل (10.000) حالة ولادة، وتم الحصر على أن انتشاره لدى الذكور أعلى بأربع مرات من انتشاره لدى الإناث.

ومنذ ذلك الوقت، أجريت عدد من الدراسات التي تعطي معدل انتشار يتراوح ما بين (3.3 ـ 16) لكل (10.000)، وقامت وينج وجولد (Wing & Gould,1979) بفحص انتشار التوحد لدى الأطفال المولودين حديثاً في دراسة طولية استغرقت مدة أربعة عشر عاماً في منطقة كامبرويل في لندن، حيث تحددت عينة الدراسة على الأطفال الذين كان مستوى نسبة الذكاء لديهم أدنى من (70)، ووجد أن معدل الانتشار كان (20) حالة لكل (10.000).

وقام ايهلرز وجيلبيرج (Ehlers & Gillberg,1993) بفحص الأطفال ممن نسبة ذكائهم (70) فأعلى في المدارس الحكومية العامة في جوتنبيرج، ووجد انتشاراً يصل معدله إلى (36) حالة لكل (10.000) لدى الأطفال المولودين في مدة زمنية استغرقت ثماني سنوات، كما وجد أيضا أن (35) من كل (10.000) طفل يعانون من إعاقات اجتماعية تنسب إلى نوع من أنواع الطيف التوحدي، وبتحليل الدراستين، تم التوصل إلى أن نسبة الانتشار ما يقارب (1٪) من نسبة السكان العامة.

وبين كل من جيلبيرج وهاجبيرج، كاديسجو (Gillberg & Hagberg،Kadesjo,1999) استناداً على دراستهم في كارلستاد، السويد عن انتشار لجميع اضطرابات الطيف التوحدي لدى جميع مستويات نسبة الذكاء، ويصل هذا الانتشار إلى ما نسبته (1.21٪).

وهنا يتبادر إلى الذهن التساؤل التالي:

- هل الزيادة في حالات في التوحد حقيقية أم أنها مجرد ازدياد في الوعي؟ وإذا كانت هذه الزيادة حقيقية........
- ما هو السبب وراء هذه الزيادة ؟

المبررات التي يمكن أن تكون مسؤولة عن الزيادة الواضحة في التوحد:

1. تعريف اضطرابات الطيف التوحدي أوسع الآن مما كان عليه في الأصل، أي كما وصفه كانر بأنه " توحد طفولي مبكر".
2. هناك زيادة في الوعي للحالات.
3. تعدد أدوات التشخيص الأكثر دقة.
4. في الماضي، تم تصنيف العديد من الناس الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطرابات الطيف التوحدي على أنهم معاقون عقلياً، أو بلهاء، أو مصابون بالفصام...إلخ.
5. هناك زيادة حقيقية، ولكن دون أسباب معروفة حتى الآن.

أشكال التوحد:

1. التوحد عالي الأداء.	High - Functioning Autism (HFA)
2. التوحد متدني الأداء.	Low- Functioning Autism (LFA)
3. التوحد البسيط.	Mild Autism
4. التوحد المعتدل.	Moderate Autism
5. التوحد الشديد.	Severe Autism
6. توحد كانر.	Kanner Autism
7. التوحد الكلاسيكي.	Classic Autism
8. توحد اسبيرجر.	Asperger Autism

بما أن التوحد اضطراب طيفي تتنوع مظاهره من فرد إلى آخر، من غير الغريب إذن انبثاق العديد من الأوصاف "غير الرسمية" ولكن المتقبلة بشكل واسع، وتشمل

هـذه الأوصـاف: التوحـد عـالي الأداء (HFA)، التوحـد متـدني الأداء (LFA)، "التوحـد المعتـدل "، "التوحـد الـشديد"، "الـسمات التوحديـة"، و"الميـول التوحديـة". ومـن الـضروري ملاحظة أن هذه المصطلحات ذاتية متحيزة.

ولا يوجد هنـاك تعريفـات إكلينيكيـة للكلمـات من مثـل "عـالي الأداء" و"متـدني الأداء"، و"متوسـط" أو" شـديد". ومـع ذلـك، ولأن التوحـد واسـع النطـاق، قـد يـستخدم الأخصائيون مثل تلك المصطلحات لوصف أين يعتقـدون يمـكـن أن تـكـون قـدرات الفـرد على سلسلة ما.

وفي الوقت الحاضـر، لا يوجد توجيهـات تشخيـصية مقبولـة بشكل واسـع للتوحـد عالي الأداء، ومع ذلك، يوافق الباحثون على أن من المناسب القول عن شـخص مـا على أنـه يعاني من توحد عالي الأداء إذا ما انطبقت عليه معايير التوحد (الإمام والجوالده، 2010 ـ ج).

خصائص الذين يعانون من التوحد:

بيّنت وينج (Wing,1996,1993) توضيحاً لمجموعة من الخصائص العامة التي يعاني منها أفراد التوحد بناء على ثالوث الإعاقات على النحو التالي:

أولاً: إعاقة في التفاعل الاجتماعي

حيـث قامـت بتـشخيص أربـع مجموعـات فرعيـة للأفـراد الـذين يعـانون مـن اضطرابات الطيف التوحدي:

- **مجموعـة اللاأبـاليين "البعيـدين" Aloof Group**: الـذين لا يبـادرون بالتفاعـل الاجتماعي، ولا يكون لديهم ردود فعل نحو هـذا التفاعـل الاجتمـاعي، ويبـدو مثـل هـؤلاء الأطفـال غير مهـتمين بـالآخرين، وخاصـة الأطفـال الآخـرين علـى الرغم من أنهم قد يستمتعون بأشـكال معينة من الاتصال الجسدي الفعال.
- **مجموعة "الـسلبيين" Passive Group**: الـذين يـستجيبون للتفاعـل الاجتمـاعي ولـكـن لا يبـادرون بـه، وقـد يتقبلـون التواصـل الاجتمـاعي بشـكل سـلبي، أو حتى أنهم قد يظهرون سعادة عند قيامهم بهذا التواصل، ولكنهم لا يقومـون بأي اقتراب عفوي.

- مجموعة "الفعالين" Active Group: ولكنهم غريبون، وهم الذين يقومون بالتواصل ولكنهم يفتقرون إلى "التبادل" (تواصل ذو اتجاه واحد) One-Way Interaction. ويقوم الأطفال في هذه المجموعة بالاقتراب بالفعل من الآخرين بشكل عفوي، ولكنهم يقومون بذلك بطريقة شاذة وغير لائقة ودون انتباههم إلى الطريقة التي يستجيب فيها الناس لهذا الاقتراب.
- مجموعة "المتكلفين" Stilted Group: الذين يبادرون بالاتصال ويستمرون به، ولكن ذلك يتم بطريقة رسمية ومتكلفة، وهم أناس لديهم قدرات أكبر، ويظهرون طريقة تفاعل رسمية ومتكلفة.

وتظهر هذه المجموعات الفرعية تنوعاً عظيماً من مظاهر الإعاقة الاجتماعية Social Impairments، كما توضح الخاصية الطيفية للاضطراب إلى حد بعيد، وباستمرار عمليات النمو قد ينتقل الشخص من مجموعة إلى أخرى.

ثانياً: إعاقة في الاتصال الاجتماعي

يتضح طيف إعاقات الاتصال في التوحد من خلال:

- **نقص في تقدير الاستخدامات الاجتماعية ومتعة التواصل:** حتى أولئك الذين يستطيعون التحدث، فإنهم يستخدمونه لمخاطبة الآخرين بإلحاح وبشكل مضجر بدلاً من التحدث إليهم.
- **نقص الوعي بأن اللغة أداة اتصال:** فقد يكون الأفراد ذوو التوحد قادرين على طلب حاجاتهم الخاصة بهم، ولكنهم يجدون صعوبة في التحدث عن مشاعرهم وأفكارهم، وفهم مشاعر وانفعالات وأفكار الآخرين.
- **استيعاب سيئ ونقص في استخدام الإيماءات ولغة الجسد وتعابير الوجه ونغمة الصوت المناسبة للموقف الاتصالي.**
- **صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام عند أولئك الذين يمتلكون اللغة،** وقد يعاني الفرد شذوذ في طريقة الكلام، لكنهم قد يستجيبون إلى بعض

أشكال الأسئلة مثل من ومتى وأين، وقد يكون لديهم اختيار تمييزي لبعض الكلمات والعبارات، وتتسم لغة الطفل التوحدي بما يلي:

1. تعتبر عيوب اللغة في الاضطراب التوحدي مشكلة أساسية، فقد يجد الطفل ذو التوحد صعوبة في استخدام الألفاظ، وحتى إن وجدت الألفاظ فهي غير مناسبة للمواقف بل إنه يقاطع الآخرين ولا يستطيع تبادل الحديث، فهو يتسم بالتأخر اللغوي.
2. غير قادر على استخدام مفردات اللغة بصورة سليمة.
3. غير قادر على استخدام الضمائر بصورة صحيحة، وفي الغالب يحدث عملية قلب لهذه الضمائر.
4. نغمة الكلمات تكون كالصدى عند بعض الأطفال.
5. يتسم بشذوذ ملحوظ في طريقة الكلام.
6. يتسم بارتفاع الصوت أكثر من اللازم والضغط على المقاطع.
7. بعض الأطفال يعانون من صعوبة في تفهم المواقف.
8. يوجد اختلاف في الإدراك خاصة فيما يتعلق بالمنبهات الحسية.
9. الأطفال التوحديون معاقون في استخدام اللغة المرئية فهم يظهرون احتياجاتهم عن طريق الذهاب إلى المكان الذي يريدون منه شيئاً، ويضعون يدهم على الشيء المطلوب، وقد يستعملون كل أيديهم لا إصبعهم فقط في الإشارة.
10. غير قادر على التعبير عن مشاعره.
11. لغة الطفل التوحدي دائماً تتضمن فقط احتياجاته فهو دائماً يستخدم كلمة واحدة والألفاظ لا تتغير في النغمة، بل هي على وتيرة واحدة، ولقد انتهت العديد من الدراسات إلى التأكيد على أن اضطراب اللغة لدى الأطفال التوحديين من أكبر المشكلات التي يتعرض لها الطفل التوحدي، حيث إنه يصبح غير قادر على تطوير اللغة.

وتتنوع مشكلات الاتصال/ اللغة لدى التوحديين بشكل كبير من فرد إلى آخر، وقد يكون بعضهم غير قادر على التحدث، بينما يمتلك آخرون مفردات واسعة، وقد يكونون قادرين على الخوض في مواضيع ذات اهتمام خاص بهم، بينما يكونون مسلوبي الإرادة في المحادثات الاجتماعية.

وغالباً ما يظهر التوحديون اللفظيون خصائص "توحدية" معينة مثل:

- المصاداة **Echolalia**: ترديد لما يقوله الآخرون " بشكل يشبه ترديد الببغاء للكلمات والعبارات"، ويكون هذا الترديد إما فورياً (ترديد فوري)، أو بعد مرور فترة زمنية (ترديد متأخر).
- عكس الضمائر **Pronoun Reversal**: صعوبة في استخدام الضمائر مثل التفرقة بين أنا /أنت، وغيرها من أسماء الإشارة مثل: هذا، هؤلاء، هنا، هناك.
- حرفية شديدة **Extreme literalness**: يكون فهم اللغة حرفياً، أي ما تعنيه الكلمة وليس ما يعنيه الشخص.
- لغة مجازية **Metaphorical Language**: قد تمتلك الكلمات بعض المعاني الخاصة التي تكون مختلفة عن تعريفاتها العامة.
- تعبيرات جديدة **Neologisms**: يتم استحداث كلمات جديدة وفهمها فقط من قبل هؤلاء الأشخاص الذين قاموا باستحداثها.
- التأكيد عن طريق الترديد **Affirmation By Repetition**: غياب مفهوم "نعم"، بدلاً من ذلك يتم ترديد العبارة كلها للتعبير عن الموافقة.
- طرح أسئلة متكررة **Repetitive Questioning**: طرح نفس الأسئلة أكثر من مرة ليس من أجل الحصول على معلومات، بل للمحافظة على رد فعل يمكن التنبؤ به.
- المطالبة بنفس السيناريو اللفظي **Demanding The Same Verbal Scenario**: قول (والمطالبة بالاستجابة) بنفس الكلمات بالضبط التي استخدمت في أوضاع متشابهة.

- أسلوب تخاطبي توحدي Style Autistic Discourse: يمكن أن يكون الكلام رسمياً كثيراً، أو ثرثاراً من حيث استخدام المفردات والقواعد
- تحكم سيئ في علم العروض Poor Control Of Prosody: خصائص عروضية معينة من مثل صوت رتيب وممل، نغمات صوتية وإيقاع وتشديد تمييزي.

(الإمام والجوالده 2010 ـ ب)

ثالثاً: إعاقات في التخيل

قد يظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد:

- عدم القدرة على اللعب التخيلي مع أشياء أو ألعاب أو مع أطفال آخرين أو بالغين، ويمتلك بعض الأطفال التوحديين مدى محدد من الأنشطة التخيلية ـ يتم نسخها من البرامج التلفزيونية مثلاً ـ والتي تكون عادة تكرارية ومتصلبة.
- الميل إلى الانتباه الانتقائي في التفاصيل الفرعية للبيئة بدلاً من فهم المعنى الكلي للمشهد.
- الافتقار إلى فهم المحادثات الاجتماعية.
- الافتقار إلى فهم القصص، وبعض النصوص الأدبية الأخرى.
- الافتقار إلى فهم الفكاهة اللفظية الدقيقة.

وتتنوع الوسائل التي تظهر من خلالها أي من هذه الخصائص من طفل إلى آخر، وحتى بالنسبة للطفل نفسه، قد تتنوع المفاهيم المختلفة للنماذج السلوكية في فئات عمرية مختلفة، ولا يمتلك شخص واحد عادة جميع الخصائص في نفس الوقت أو بنفس الدرجة من الشدة.

رابعاً: الأنشطة النمطية المتكررة

وبالنسبة لوينج (1993)، يترافق ثالوث الإعاقات عادة مع الأنشطة النمطية المتكررة التي يمكن أن تتخذ شكلاً بسيطاً أو معقداً، وتصنف وينج هذه السلوكيات في أربع مجموعات:

1. **أمثلة على أنشطة نمطية بسيطة:** النقر بالأصابع أو النقر على الأشياء، تدوير الأشياء أو مراقبة هذه الأشياء وهي تدور، النقر على الأسطح أو حكها، تلمس أنسجة معينة، الاهتزاز، ضرب الرأس أو إيذاء الذات، الضغط على الأسنان، إصدار أصوات.
2. **أمثلة على الأنشطة النمطية المعقدة التي تتضمن أشياء:** التصاق شديد بأشياء معينة دون هدف واضح، وافتتان بنماذج أو أصوات وغيرها، وترتيب الأشياء في صفوف أو نماذج أو غير ذلك.
3. **أمثلة على أنشطة نمطية معقدة تشمل:** أعمال روتينية من مثل الإصرار على اتباع نفس الطريق إلى أماكن معينة، وطقوس موعد الذهاب إلى النوم، وتكرار سلسلة من حركات الجسد الغريبة.
4. **أمثلة على تكرار أنشطة معقدة لفظية أو مجردة:** مثل الافتتان بمواضيع معينة، وطرح نفس سلسلة الأسئلة، والمطالبة بإجابات معيارية.

خامساً: الخصائص الثانوية

وتذكر وينج (Wing, 1993) أن جميع هذه الخصائص (ثالوث الإعاقات بالإضافة إلى الأنشطة النمطية المتكررة) أساسية، علاوة على ذلك، تم حساب الخصائص الثانوية التي تكون شائعة ولكن غير ضرورية للتشخيص مثل:

- المشكلات اللغوية.
- شذوذ الفحص البصري والاتصال العيني.
- مشكلات التقليد الحركي وضبط الحركة.
- الاستجابات غير العادية للمثيرات الحسية.
- ردود الفعل الانفعالية غير الملائمة.
- أنواع متعددة من الشذوذ في الوظائف الجسدية والنمو الجسمي ـ نماذج عصبية للنوم وتناول الطعام والشراب، ومقاومة آثار المهدئات والمنومات، وحركات وجه تناظرية غير عادية ـ.

- مهارات خاصة ـ مقارنة مع الافتقار إلى المهارات في مجالات أخرى ـ.
- مشكلات سلوكية.

ويظهر بعض الأطفال والبالغين ممن يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي سلوكات شديدة التحدي ـ العدوانية، إيذاء الذات، وغيرها ـ، كما يظهر بعض التوحديين قدرات متميزة في الرسم والموسيقى والحساب وغيره، ويكون بعض الأطفال التوحديين جيدين في تجميع البازل المعقدة حتى عندما تكون قطع البازل غير مكتملة فإنهم يتمكنون من اكتشافها ، كما يبدأ بعضهم بالقراءة في وقت مبكر تقريباً، حتى قبل أن يبدأ بالكلام.

تطور حالة التوحد:

من المهم معرفة التاريخ النمائي التفصيلي، فطفل حالة التوحد ينمو بشكل غير مستو ولا يتبع النماذج السوية المعروفة بين الأطفال الأسوياء، وقد نستطيع التفرقة بين ثلاثة أنماط من التطور:

- سوي (نمطي): يكون نمو الأطفال الأسوياء مستوياً في جميع الجوانب.
- متأخر: يظهرون أيضاً نمواً سوياً، ولكنهم يصلون المعالم الرئيسة في النمو بشكل متأخر.
- غير سوي (منحرف، خاص أو متميز أو غير مستو): يكون نموه غير مستو؛ فقد يكون نموه فوق المعدل في بعض المجالات، بينما يتأخر في مجالات أخرى.

وقد تكون هناك عدة سيناريوهات للتطور في التوحد: فقد يبدأ الطفل بالنمو بشكل سوي، ثم يبدو وكأنه يتوقف، وقد يمتلك مهارات متطورة بشكل جيد في بعض المجالات، ولا يمتلك مهارات أبداً في بعضها الآخر، أو قد يظهر إشارات لوجود مشكلات مستقبلية منذ الولادة.

ولقد أظهرت الدراسات التي تقارن الملامح التطورية للأطفال التوحديين مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية أخرى وهي ما يلي:

- يذكر دي ماير وبارتون ونورتون وكلين وفولكمار وسبارو وستون ورفاقه (DeMyer,Barton & Norton 1972;Klin,Volkmar & Sparrow 1992;Stone et al.1999) أن المهارات الحركية لدى الطفل التوحدي متقدمة نسبياً أكثر من المهارات الاجتماعية.
- بيّن جونز وبرير ورابين (Jones & Prior 1985; Rapin,1996) أن بعض الأطفال التوحديين يعانون من عدد لا بأس به من المشكلات عند اكتساب المهارات الحركية: التقليد الحركي، التنسيق أو التوافق، النطق والتكلم، وغيرها.
- يعتقد كل من هاجز ورسل، وسميث وبرايسون (Hughes & Russel 1993; Smith & Bryson,1998) أنه قد يكون هناك عجز تطبيقي خلال أداء مهام المهارات الحركية الموجهة نحو هدف ما والتي لا تتطلب تقليداً ما.
- توصل كل من أدريان ورفاقه، ورابين، (Adrien et al. 1987; Rapin,1996) إلى أن الأطفال الذين يتصفون باضطرابات الطيف التوحدي يتميزون عن الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى، حتى عن أولئك الذين يعانون من مستويات متدنية جداً من التطور بوجود نظام حركي حسي غير سوي، وسلوكيات حركية غير سوية بما فيها فرك الأسطح، النقر بالأصابع، هز الجسد، وغياب الاستجابة للمثيرات.

أشكال معالجات التوحد:

هناك العديد من العلاجات المتوافرة في ميدان وساحة التوحد، ولم يثبت بعد فيما إذا كان أي منها ناجحاً وفاعلاً لجميع أفراد التوحد، أو يصلح لحالة دون أخرى بدرجة مطلقة، ولكن يأتي بعضها بنتائج متميزة، والعديد من الآباء مستعدون لأن يجربوا كل شيء ابتداء من المعالجين الروحانيين Faith Healers مروراً بالعلاج عن طريق الغذاء، والأعشاب الطيبة، والوصفات البلدية، وصولاً إلى علاج الطب النفسي

Psychiatric ، فهم مستعدون لعمل أي شيء، ويتعلقون به على أمل تحقيق الأمل بالشفاء، كما يتمنون ويرجون، وذلك من أجل أن يجدوا العلاج المناسب لطفلهم.

بيّن الإمام والجوالده (2010 ـ ب) وجود أكثر من (450) علاجاً مختلفاً للتوحد، وفي كل عام، تظهر أنواع جديدة من العلاج، وتتداخل بعض مفاهيم المعالجات وتتشابك فيما بينها لتنتج متواليات هندسية في عدد المعالجات المطردة. ويذكر داوسون واسترلنيج، وجوردن وجونز وميري (Jordan, Jones & Murray,1998 ; Dawson & Osterling, 1997) أن هناك الكثير من الجدل حول كل هذه المعالجات وطرق تنفيذها ومدى فاعليتها، ولقد أجريت الكثير من الدراسات حول إعداد تقارير خاصة في مجال تقويم ومقارنة الأساليب العلاجية المختلفة.

وتوصلت هذه التقارير إلى استنتاج عدم ثبوت فعالية أي من هذه الأساليب مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي، حيث إن التوحد كثير التنوع، وكل طفل قد يستفيد من أسلوب معين في فترة زمنية معينة، بالإضافة لذلك، قد ينجح معلم أو أخصائي ملهم أو ولي أمر مهتم وملتزم في استخدام أي أسلوب يؤمن به (Jordan et al.1998)، وقد يتوصل بعض أولياء الأمور إلى أساليب مريحة لهم ولأطفالهم ويكتشفون في هذه الأساليب التحسن والارتقاء في حالة أبنائهم، وقد يعزى ذلك إلى قبول حالة الطفل ووضعه أيا كانت العشرة الصادقة والرضى بما رزق، والوعي والثقافة، وغير ذلك من الأساليب الاجتماعية المريحة المنبثقة من المجتمع والبيئة وفيما يلي نظرة موجزة على بعض المناهج والأساليب العديدة المستخدمة حالياً:

أولاً: الأساليب الطبية الحيوية (باستخدام الأدوية).

Biomedical (Pharmacological) Approaches

(أدوية، حمية، مواد، إضافات من الفيتامينات والأغذية).

ثانياً: الأساليب العصبية الحسية.

Neurosensory Approaches

(النمذجة، طريقة دومان ـ دي لاكتو، العلاج بالتكامل الحسي، التدريب على التكامل السمعي AIT، طريقة إيرلين).

ثالثاً: العلاج النفسي الديناميكي.

Psychodynamic

(التحليل النفسي، العلاج بالاحتضان).

رابعاً: الأساليب التفاعلية.

Interactive Approaches

(الخيارات، الزمن المكرس للعب مع الأطفال " فلور تايم").

خامساً: الأسلوب السلوكي والتعليمي.

Approaches Behavioural \ Educational

(تحليل السلوك التطبيقي *ABA* تيتش *TEACCH*، العلاج بالحياة اليومية).

سادساً: الأساليب المعرفية.

Cognitive Approaches

سابعاً: العلاج بالتواصل / اللغة.

Communication \ Language Therapies

(العلاج بالنطق ـ اللغة، نظام التواصل بالصور PECS، لغة الإشارات، الاتصال الميسر).

ثامناً: أنواع أخرى من العلاج (العلاج بالموسيقى، علاج دولفين، وغيرها).

ومن خلال هذه الأشكال للمعالجات المتباينة يتبين عدم وجود أساليب انفرادية للعلاج، حيث إن هذه المعالجات تستخدم أساليب من فئات أخرى، وتكون بعض هذه الأساليب محددة جداً وتركز على جانب واحد أو جانبين من جوانب التوحد (مثل التدريب على التكامل السمعي، طريقة إيرلين)، وبعض الأساليب تستعير بعض التقنيات من أساليب مختلفة (مثل TEACCH). ولا يزال هناك آخرون يستخدمون أسماء مختلفة لتقديم الأساليب الموجودة على أنها أساليب جديدة، (قد يضيفون بعض الأشياء القليلة هنا وهناك) مثل العلاج بالتكامل الحسي، والتفاعل المكثف Intensive Interaction وغيرها (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

أولاً: الأساليب الطبية الحيوية (باستخدام الأدوية)

Biomedical (Pharmacological) Approaches

لا يوجد هناك دواء يصلح التركيب الدماغي أو يطور الأداء أو يحدث طفرة بالسلوك ويمنع العجز، ويلغي القصور في القيام بالأداءات المختلفة، ومع ذلك، وجد الباحثون أن هناك بعض العقاقير التي تم تطويرها وثبتت فعاليتها في معالجة اضطرابات أخرى، ويمكن أن تكون الأدوية المستخدمة في علاج القلق والاكتئاب مفيدة لبعض التوحديين الذين يعانون من مستويات عالية من القلق، ومن المهم تذكر الأعراض الجانبية المحتملة واستخدام العقاقير بحذر وتحت إشراف مستمر من الطبيب ، وتشمل هذه العقاقير:

- فلوكستين (بروزاك). Fluoxetine (Prozac)
- فلوفوكسامين (لوفوكس). Fluvoxamine (Luvox)
- سيترالين (زولوفت). Setraline (Zoloft)
- كلوميبرامين (أنا فرانل). Clomipramine (Anafranil)

ولقد استخدم دواء الريسبيردون Risperidone، الذي يستخدم عادة لعلاج الفصام، مع حالات التوحد لضبط العدوان الشديد وإيذاء الذات والسلوكيات النمطية، وفي الوقت الذي تم فيه الوصول إلى أن هذا العلاج ناجح في بعض الحالات، إلا أن له بعض الآثار الجانبية في حالات أخرى، مثل:

- ✓ عدم انتظام الدورة الشهرية.
- ✓ زيادة في الوزن.
- ✓ كبر الثديين بشكل غير طبيعي عند الذكور.
- ✓ خفقان في القلب.
- ✓ إمساك.
- ✓ ضعف عام.
- ✓ انخفاض في ضغط الدم ودوخة.

واستخدم دواء البيراسيتام Piracetam مع بعض حالات التوحد ينتج بعض الآثار الإيجابية منها:

- ✓ زيادة في مدى الانتباه.
- ✓ تحسين في القدرات المعرفية العامة.
- ✓ وعي واستجابة للتفاعل.

ويبدو أن الأعراض الجانبية الرئيسة المتمثلة في فرط النشاط كانت ناجمة عن جرعة عالية تسببت في زيادة الإثارة والتحفيز.

ويقال إن فيتامين (ب 6) Vitamin B6 والمغنيسيوم Magnesium يحفزان النشاط العقلي ويزيدان من الوعي والانتباه والصحة العامة، ولم يتم حتى الآن التأكيد علمياً على فائدة الجرعات الحالية في مساعدة التوحديين، وعلى الرغم من ذلك فقد رويت أعداد محدودة من القصص التي أكدت على نجاعة بعض هذه الأدوية، ولكن ما زال المجال في حاجة إلى المزيد من الدراسات.

ولتخفيف فرط النشاط لدى الذين يعانون من التوحد يتم وصف أدوية محفزة مثل ريتالين Ritalin (وهو يستخدم عادة مع الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط ADHD)، ففي بعض الأحيان، قد تساعد "حواجز بيتا" Beta-blockers مثل بروبرانولول Propranolol في تخفيف الإثارة والقلق دون التعرض للآثار الجانبية التي يسببها الريتالين، وللعلم أن أي عقار قد يسبب آثاراً جانبية غير مرغوب فيها، ولذلك يجب إعطاؤه بحذر.

وكانت هناك حالات لأفراد يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي يظهرون عدم تحمل لأصناف من الطعام أو حساسية تجاه أصناف أخرى، واحتمال إصابتهم بفطريات مبيضة Candida Albicans، ويمكن ضبط هذه المشكلة من خلال تناول عقاقير وأغذية معينة.

ويمكن معالجة عدم تحمل أصناف غذائية والحساسية تجاه أصناف غذائية معينة (وهذا شائع جداً في التوحد) عبر تقديم أغذية خاصة، ويظهر بعض الأفراد

تغيرات مؤثرة في سلوكياتهم بعد إزالة أنواع معينة من الأكل من قائمة طعامهم، ويعتقد أن الاختلال في الببتيدات Peptides (التي وجدت في بول الأفراد التوحديين) قد تكون عائدة إلى عدم القدرة على تحطيم الجلوتين Gluten (الذي يوجد في القمح والشعير والشوفان) وخميرة الجبن "الكازين" Casein (منتجات الألبان) وتحويلها إلى أحماض أمينية، وعند إزالة هذه المواد من قائمة الطعام، قد يكون هناك تغيرات إيجابية في السلوك (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

ثانياً: الأساليب العصبية الحسية Neurosensory Approaches

1. النمذجة أو طريقة دومان ـ ديلاكتو Doman-Delacato Method Patterning:

في الخمسينيات والستينيات، قام الباحثون تمبيل في وكارول ديلاكتو وجلين وروبرت دومان وآخرون Temple Fay,Carl Delacto,Glen and Robert Doman and others، في معهد تطوير الإمكانيات البشرية بالولايات المتحدة الأمريكية بدراسة الرابط بين مشكلات العلاج الحسي والإعاقات التطورية الفكرية، وأصبحت طريقة إعادة التأهيل تلك معروفة باسم (طريقة دومان ـ ديلاكتو أو النمذجة).

واستند هذا الأسلوب على العلاقة بين نظرية سيطرة نصف الدماغ والتطور العرقي التسلسلي الفردي، ويتم تقديم العلاج على افتراض أن هناك مراحل تطورية مهمة للتنظيم العصبي لا يمكن تجاهلها، وأن على الطفل إتقان الأنشطة الوظيفية في المستويات المختلفة من النمو قبل التقدم إلى الأمام.

وحسب هذه النظرية، هناك العديد من حالات الإعاقات التطورية الفكرية والاضطرابات السلوكية التي يسببها التلف الدماغي Brain damage أو "التنظيم العصبي المختل" Poor Neurological Organization والذي يمكن معالجته بشكل فعال عن طريق "إعادة تدريب الدماغ" و "نمذجة الحركات من الخارج" لتنظيم الطريقة التي يعمل بها الدماغ.

وبما أنه لا يوجد لغاية وقتنا الحاضر أبحاث تثبت "الشفاء" الكامل، إلا أن طريقة Doman-Delacto انتقدت بشدة، وصدر بيان من الأكاديمية الأمريكية للأطفال

عام (1965) The American Academy Of Pediatrics بيّن فيه عدم فاعلية هذا العلاج.

وعلى الرغم من ذلك قام العديد من الباحثين بتطوير أساليب العلاج على أساس بعض مفاهيم النمذجة وإعادة سوية الحواس، وخاصة في ميدان العلاج "الوظيفي" دون اعتراض من قبل المنظمات الرسمية.

وفي السبعينيات غادر ديلاكتو المعهد ليركز على أبحاثه المتعلقة بعلاج الأطفال التوحديين، كما قام بتصميم نظريته المتعلقة بالتوحد وعلاجه، وهو يرتكز على الاعتقاد بأن الأطفال التوحديين غير قادرين على التعامل مع المحفزات التي تدخل إلى أدمغتهم من العالم الخارجي، لأن لديهم قناة استقبال أو أكثر (البصر، الصوت، الرائحة، الذوق والحس) عاجزة بطريقة أو بأخرى، واقترح ديلاكتو علاجاً يهدف إلى تحفيز تطور النظام العصبي غير المنظم، وبالنسبة لديلاكتو، فإن المشكلات العصبية التي تسبب سلوكيات التوحد (الحسية) يمكن علاجها من خلال عمليات إعادة التأهيل.

وفي دراسة لورلي وميلاني (Worley & Melanie,1997) هدفت إلى تحسين المهارات الاجتماعية والسلوكيات المضطربة لعينة من الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من (6) أطفال من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع High Function Autism وكان متوسط أعمار (3.5) سنوات، استخدمت مقياس المهارات الاجتماعية لقياس مجالات: التدريب على اتباع التعليمات، ولعب الأدوار، والممارسة في البيئة الطبيعية، وبنيت جلسات البرنامج مستهدفه تنمية المهارات والعلاقات البينشخصية مثل التعارف أو تقديم الذات للآخرين، والقدرة على مواصلة المحادثة مع الآخرين، والاستخدام المناسب لمهارات التواصل غير اللفظي، وأشارت النتائج إلى أن أفراد العينة كانوا قادرين على إظهار المهارات محل التدريب خلال الأنشطة التي يشاركون فيها في الجلسات التدريبية، إلا أنهم أخفقوا في إظهار رضى عن المبادأة الاجتماعية والاستجابة الاجتماعية أثناء التفاعل مع الأقران العاديين، كما أن السلوكيات غير المقبولة لم تقل

بشكل واضح، على الرغم من أن تقديرات الوالدين أظهر رضى في حين لم تعكس تقديرات المعلمين هذا الرضى.

وفي دراسة لسالزار (Salazar,2004) هدفت إلى تنمية المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال ذوي التوحد ما قبل المدرسة باستخدام توليفة من القصص الاجتماعية والنماذج المصورة ولعب الدور، وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال توحديين، وثلاثة أطفال كمشاركين اجتماعيين، ولقد كونوا أزواجاً مع كل طفل توحدي، واستخدم فيها النماذج المصورة والقصص الاجتماعية ولعب الأدوار في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي والمحافظة على الانتباه وتعديل السلوكيات اللاتكيفية عند الأطفال التوحديين في سن ما قبل المدرسة، واستمرت جلسات العلاج لمدة عشرة أسابيع بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، وأشارت النتائج إلى تحسن في الانتباه واستمر هذا التحسن في قياس المتابعة، كما أظهرت تحسناً في السلوكيات الاجتماعية المرغوبة، كما أشارت أيضاً إلى انخفاض في السلوكيات اللاتكيفية، وبينت الدراسة الحالية أن الأطفال التوحديين يمكن أن يتعلموا مهارات التواصل الاجتماعي المتاحة عن نظائرهم المشاركين الاجتماعيين، ولم يتم تعليم هذه المهارات فقط ولكن تم تطبيقها في بيئات أخرى.

وهدفت دراسةستراين وهوسن (Strain & Hoyson,2000) إلى استخدام التدخل الطولي المكثف في تنمية المهارات الاجتماعية، وتقييم فاعلية هذا التدخل في التخفيف من حدة أعراض التوحد،وتكونت عينة الدراسة من (6) أطفال توحديين، متوسط أعمارهم (6) سنوات، واستغرق تدريب هؤلاء الأطفال من سنتين إلى ثلاث سنوات من خلال برنامج منظم لتعليم العديد من المهارات الاجتماعية، ومنها الترحيب بالكلمات المناسبة، والمشاركة وتعلم كيفية الطلب من الآخرين، وتمرير الأشياء للأقران مع ذكر اسمها، ولمس الأقران مع ذكر أسمائهم، وتوديع الآخرين، وقد اختلفت الأهداف الموضوعة لكل طفل حسب قدراته، واستخدم مقياس تقدير التوحد في الطفولة (CARS)، وبروفيل إنجاز التعلم، والملاحظة المباشرة للسلوك، والتفاعل الاجتماعي، والاطلاع على التاريخ التعليمي، ومقابلة الوالدين، وأشارت النتائج إلى انخفاض درجات

الأطفال على مقياس تقدير التوحد من متوسط قدره (35) إلى متوسط قدره (22)، مما يدل على حدوث انخفاض في أعراض التوحد لدى هؤلاء الأطفال، كما أحرز الأطفال تقدماً ملحوظاً على بروفيل إنجاز التعلم، كما لوحظ تحسن سلوكي في التفاعل الاجتماعي حيث كان متوسط التفاعل الإيجابي (3٪)، وعند الانتهاء من البرنامج كان (23٪).

كما أشارت النتائج الخاصة بالتاريخ التعليمي إلى أن خمسة أطفال من الستة استطاعوا بعد حصولهم على البرنامج الالتحاق بالفصول العادية مع تقديم خدمات بسيطة لهم أحياناً.

وفي الوقت الذي يتعامل فيه علاج ديلاكتو مع الحواس الخمس على الأغلب (البصر، السمع، الحس، الشم، التذوق)، استخدم علاج التكامل الحسي Sensory Integration Therapy، (Ayres,1979) (استناداً على أساس نظري مشابه) أصلاً لمعالجة الخلل الوظيفي في حواس الحس والتوازن والوعي الجسدي، وتم وصف هذا العلاج على أنه يسهل تطور قدرات الجهاز العصبي من أجل معالجة المدخلات الحسية بطريقة سوية. **ويمكن أن تأخذ أساليب التكامل الحسي عدة أشكال:**

- **التكامل الحسي المتعدد Multi Sensory Integration**: استخدام الحواس بطريقة متكاملة، وهذا يعني استخدام عدة نماذج حسية في نفس الوقت، مثل يسمع وينظر بدلاً من التركيز على قناة واحدة فقط.
- **تخفيف الحساسية Desensitization**: لتوفير تحمل أكثر وزيادة التكلم وتواصل العين وتخفيف السلوكيات النمطية والسلوكيات التي تؤذي الذات وتؤذي الآخر، ومن أجل تحقيق هذا، توصف بعض أنواع الحمية الحسية التي تشمل برنامج نشاط مخطط ومبرمج يستخدمه معالج وظيفي، وتحفز الحمية الحسية الحواس القريبة (الحس، التوازن، والإدراك الجسدي) مع مجموعة من الأساليب المنبهة والمنظمة والمهدئة، ويتم تطوير العلاجات التي تهتم بمشكلة معالجة نماذج حسية مختلفة.

وعولجت المشكلات البصرية عن طريق استخدام النظارات الملونة (طريقة إيرلين) أو التدريب البصري (مثل ارتداء عدسات على شكل منشور والقيام بتمارين حركة).

2. طريقة إيرلين Irlen Method:

تعرفت هيلين إيرلين على المشكلات الإدراكية التي يكون سببها الحساسية نحو الضوء، وكانت هيلين تتعامل مع بالغين يعانون من عسر القراءة، وأطلقت إيرلين على مجموعة أعراض هذا الخلل الوظيفي متلازمة الحساسية الضوئية Dysfunction Scotopic Sensitivity Syndrome (DSS)، وهو المعروف اليوم بمتلازمة إيرلين.

ولقد ظهر أن هناك أعراضاً مشابهة لذلك تظهر لدى التوحديين الذين يعانون من صعوبات في المعالجة البصرية، ولقد قامت إيرلين بتطوير طريقة لمعالجة هذا الخلل الوظيفي البصري وذلك باستخدام شفافيات ملونة ونظارات ملونة لتحسين الإدراك البصري للبيئة، ويعتقد أن العدسات تقوم بتصفية ذبذبات الطيف الضوئي التي قد يكون الشخص حساساً لها بشكل متفرد (Irlen, 1997)، ويبدو أن هذه الطريقة فعالة لدى التوحديين الذين تكون مشكلاتهم البصرية شديدة حيث تساعد في إبطاء المعلومات البصرية القادمة وتخفف من العبء البصري، وهذه الطريقة لا تشفي التوحد ولكنها توفر الأدوات التي تجعل (استقبال) المعلومات البصرية طبيعياً.

ويرتكز "فحص النظر السلوكي" على افتراض إمكانية "إعادة تدريب" الرؤية بشكل ميكانيكي عن طريق استخدام منشور معين واتباع تمارين للعين (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

3. التدريب على التكامل السمعي (Auditory Integration Training (AIT:

تهدف هذه الطريقة إلى " إعادة تدريب " الأذن لتخفيف فرط الحساسية نحو الأصوات، وهناك نمطان من التدريب على التكامل السمعي:

- طريقة توماتيس. Tomatis Method
- طريقة بيرارد. Berard Method

ويشمل إجراء التدريب على التكامل السمعي:

- اختبار قياس قوة السمع لمعرفة فيما إذا كان الشخص يعاني من " ذروة سمعية " يمكن تخفيضها أو إزالتها عن طريق التدريب على التكامل السمعي.
- تصفية الأصوات عند ذبذبة معينة ومختارة حسب سمع الفرد؛ وعندما تكون هناك صعوبة في الحصول على تخطيط سمعي دقيق، يستخدم جهاز التعديل الأساسي دون تصفيات معينة.
- التعديل الموسيقي عن طريق تخفيف وإثراء الناتج الموسيقي الثلاثي بكل متبادل وعلى أساس عشوائي، وتستمر كل جلسة لمدة (30) دقيقة بواقع جلستين في اليوم ولمدة (10) أيام.
- هناك قياس آخر لقوة سمع الشخص بعد مرور خمسة أيام لمعرفة فيما إذا كانت الذروة السمعية لا تزال موجودة، وفيما إذا كان هناك حاجة لتعديل التصفية، وإذا ما كان الشخص يعاني من مشكلات نطق ومشكلات لغوية، وبعد مرور نصف الجلسات يتم تخفيف مستوى الحجم بالنسبة للأذن اليسرى لتحفيز التطور اللغوي في نصف الدماغ الأيسر.

وبعد إجراء التدريب على التكامل السمعي يدرك الفرد جميع الذبذبات جيداً وبشكل متساو، كما يجب أن لا يكون لديه "ذروة سمعية"، ولقد تبين أن كلا الطريقتين - توماتيس وبيرارد - مفيدتان في علاج فرط الحساسية في السمع، كما تم استخدامهما مع أشخاص يعانون من التوحد، وعسر القراءة، وإعاقات تطورية وفكرية، وفرط النشاط وغيرها، ولقد تم نشر بعض القصص الناجحة بشكل واسع، ولكن في العديد من الحالات كان التحسن قصير العمر.

ثالثاً: العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamic

يعتبر هذا المصطلح واسعاً يشمل مجموعة من المعالجات التي لها نفس الأساس النظري، وهو يرتكز على الاعتقاد بأن مشاعر الفرد وانفعالاته وسلوكياته تتأثر بشكل مباشر بالأحداث الماضية، مثلاً: يمكن أن يكون للصدمات النفسية في مرحلة

الطفولة آثار طويلة المدى في مرحلة البلوغ، ونتيجة لذلك، فإن الهدف الرئيس للعلاج الديناميكي النفسي هو استقصاء ماضي المريض من أجل الربط ما بين الأحداث الماضية والسلوكيات والمشاعر الحالية، كما يعتقد أننا عندما نقوم بالتعريف بهذه الارتباطات يمكن للشخص أن يقوم بتغييرات واعية في سلوكه.

1. التحليل النفسي Psychoanalysis:

كان التحليل النفسي كعلاج للتوحد شائعاً في الماضي وهو لا يزال شائعاً في بعض الدول، ويعتبر التحليل النفسي الوالدين وخاصة الأم هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وكان الافتراض الجوهري للعلاج إمكانية "علاج " التوحد إذا ما نقل الطفل وأبعد عن " الوالدين الباردين " أو الآباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل "روابط لائقة " مع الطفل، ولقد ثبت أن التحليل النفسي غير فعّال وقد يكون في بعض الأحيان مؤذياً أو مضللاً في علاج التوحد.

2. العلاج بالاحتضان Holding Therapy:

في أواخر الثمانينيات أعلن عن العلاج بالاحتضان على أنه يشفي التوحد بطريقة عجيبة، وجادلت مارثا ويلش Martha Welch التي أنشأت هذا العلاج بأن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها يسبب الخوف لدى الطفل مما يؤدي بدوره إلى انسحاب الطفل وإصابته بالتوحد، وعندما يصبح التعلق مطمئناً أكثر يمكن للطفل أن يتقدم عبر مسار تطوره، وينظر إلى العلاج بالاحتضان على أنه يقوي روابط المحبة ما بين الأم وطفلها، و يعتبر هذا أساس التطور الصحي السعيد، ولقد افترض أنه في حالة ضم الأم لطفلها بأمان بين ذراعيها، يتعلم الطفل التوحدي التغلب على الخوف من اتصال العينين المباشر ومن التعلق الحميم، كما يساعد هذا الطفل في تحرير مشاعر الغضب التي كان يكبتها في السابق.

وعلى الرغم من محاولات الطفل للتحرر، إلا أن على الأم أن تضمه بشدة على افتراض أنها توصل له رسالة بأن حبها له قوي جداً، لدرجة أنها سوف تعتني به بغض النظر عما يقوم به، وبغض النظر عن مشاعره، وكانت خبرة العلاج بالاحتضان مؤلمة

لكل من الطفل والأم، ولكن تم إعلام الوالدين أن هذا هو ثمن " الشفاء"، ولا يوجد هناك دليل مهما كان يجبرنا على الاعتقاد بأن " الاحتضان " يمكن أن يخلق روابط محبة بين الطفل، ناهيك عن الاعتقاد بأنه "يشفي" من التوحد (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

رابعاً: الأساليب التفاعلية Interactive Approaches

تلقي الأساليب التفاعلية الضوء على أهمية تطوير علاقة تواصل ما بين الطفل ومن يرعاه، ويوجد في الوقت الحاضر بضعة أساليب تفاعلية مختلفة: الخيارات، الوقت المكرس للعب مع الأطفال "الفلور تايم".

1. الخيارات Options:

سعى والدا الطفل خيري إلى عملية فحص وتشخيص طفلهما فتبين أنه يعاني من حالة التوحد، فأصابتهما الكآبة ورفضا قبول هذا القرار، فتركهما أخصائي التشخيص برهة من الزمن دون تحدث أو حوار فإذ بهما يسردا ثلاثة مجالات من الخلل الوظيفي الظاهر لدى طفلهما:

أولاً: ظهر على طفلنا قصور في الأداء، وعدم فهم الناس، واختلاط الأوضاع بشكل شديد.

ثانياً: لم يبدُ أن خيري قادر على استخدام أية معلومات يمكنه استيعابها بطريقة ذات معنى للآخرين.

ثالثاً: قام طفلنا بتصميم أنظمة داخلية لتحفيز نفسه أدت إلى المزيد من انسحابه الداخلي:

- ظهر أن جميع أجهزة الاستقبال الحسي لدى خيري غير سليمة، ومع ذلك كانت لديه القدرة على عدم الاستماع أو النظر عندما لا يرغب بذلك.
- كما أظهر قدرات غير عادية: فهو يستطيع أن يوقف إدراكه، وبنجاح، وبشكل انتقائي، وكذلك أن يبطل جهازه الحسي، وبقيت الأسباب وراء فتح أو إغلاق مفاتيحه الداخلية في أية لحظة غامضة.

وبدأ الوالدان بالبحث عن استراتيجيات للتعامل مع طفلهما، فاهتديا إلى تقليد خيري آملين أن يجدوا من خلال هذه الوسيلة بعض الفهم ـ وهذا في حد ذاته اجتهاد شخصي من والدي الطفل خيري ـ حيث قاموا بالنداء عليه ليشعروا هم أولاً بأنه معهم لعله بالتكرار ينتبه إليهم ويكون في طاقة الجو الاجتماعي المحيط بالأسرة، وبالتكرار أصبح خيري، وببطء، أكثر استجابة وانتباهاً، وبدأ في المبادرة وفي توجيه جلساته الخاصة. واليوم، أصبح خيري (الذي شفي من التوحد) من الأنصار المتحمسين لأسلوب "الخيارات" (Son-Rise) وهو برنامج علاجي بيتي تم تطويره من قبل باري وكوفمان (Barry & Kufman,1986)، استناداً على مثل هذه الخبرات مع الأطفال الذين يعانون من التوحد.

2. الزمن المركز للعب مع الأطفال "الفلور تايم" Floor Time:

قام ستانلي جرينسبان،ووايدر، وسيمون (Greenspan, Wieder & Simons, 1998) بتطوير مفهوم الزمن المكرس للعب مع الأطفال: وهو الوقت الذي ينضم فيه الأخصائي لعالم الطفل ـ يتطفل بطفولته ـ عن طريق تقليد نشاطاته وتسليم القيادة للطفل، وأن يعي الأخصائي بأن الهدف الرئيس هو وضع كل الأساليب والاستراتيجيات لجذب كيان الطفل له أي أن يصبح الطفل جزءاً من طاقة الأخصائي، ويحاول الأخصائي جذب الطفل إلى عالمه عن طريق خلق تفاعلات (فتح و إغلاق دوائر الاتصال) وعن طريق بدء هذا الارتباط المتبادل والمشترك، ويقوم الأخصائي والطفل بتبادل الأدوار وتفسير سلوكيات الطفل التي تبدو بلا معنى كما لو أن لها معنى، والنتيجة المرجوة من هذا التدخل خلق اتصال مستمر ذي اتجاهين يقود بعد ذلك إلى تطوير مهارات الطفل الاجتماعية والمعرفية. ولقد ظهرت أساليب تفاعل كثيفة أخرى تركز على نفس المبادئ ويتم وصفها على أنها أساليب مرتكزة على التفاعل الرئيس بين الأم والطفل.

خامساً: الأسلوب السلوكي والتعليمي Approaches Behavioural \ Educational

يتبع الأسلوب السلوكي "نموذج سكنر" لفهم السلوك عن طريق دراسة "الاستجابات" لمثيرات محددة (Skinner,1971)، وحسب هذه النظرية، من أجل تعديل

سلوك غير مرغوب فيه، من الضروري تحليله إلى الأجزاء التي يتألف منها وإعادة تدريب الطفل عن طريق التعلم الشرطي، وهذا يعني إذا كانت السلوكيات ملائمة هناك ثواب، وإذا كانت غير ملائمة هناك عقاب أو تجاهل، واستند أسلوب التعديل السلوكي على الملاحظة وتسجيل سلوكيات معينة وإلقاء الضوء على المحفزات البيئية التي يمكن إصلاحها من أجل تغيير السلوك، ويرى بعض السلوكيين أنه في الأيام الأولى من تعديل السلوك يكون الحزم أساس كل موقف ولا مانع من استخدام العقاب وبشده والاستعانة ببعض الوسائل التي قد تكون منفرة مثل الصدمة الكهربائية، ماء بارد...إلخ ، وكان أكثر أسلوب سلوكي شيوعاً تحليل السلوك التطبيقي (طريقة لوفاس Lovaas Method) وتقوم الأساليب الأخرى "باستعارة" بعض التكنيكات السلوكية وضمها في برامجهم مثل: PECS, Higashi، TEACCH.

1. تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavioural Analysis (ABA):

يطلق على هذا الأسلوب أحياناً "**طريقة لوفاس**" وهي تركز بشكل رئيس على التدخل المبكر(سنوات ما قبل المدرسة)، وكان إيفار لوفاس Ivar Lovaas رائداً في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينيات، وترتكز المبادئ الأساسية لتحليل السلوك التطبيقي على التعلم الشرطي Operant Conditioning لسكنر ومحاولات سلوكية منفصلة Discrete Trials Behavioural، وتشمل الطريقة تدريبات متكررة ومكثفة ومنظمة بشكل عال، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمراً ثم تتم مكافأته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح، وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب.

والتدريب لجعل الطفل يجلس على كرسي ويقوم بالتواصل البصري وتقليد سلوك غير لفظي في استجابة لأوامر لفظية، كما يتم تعليمه على أنه سلوك لفظي عبر التقليد اللفظي الذي يتبع أوامر مؤلفة من خطوة واحدة، تمييز تقبلي للأشياء والصور، وتصنيف تعبيري في استجابة لأسئلة مطروحة.

وقد ثبت أن أسلوب المحاولات السلوكية المنفصلة كان محدوداً وأقل فاعلية، فاللغة التي يتم التدرب عليها خلال المحاولة المنفصلة لا يتم تعميمها على بيئات أخرى، ويستهدف هذا التدريب إيجاد مصطلحات لغوية مشتركة بين الطفل وبيئته، وبتكرار هذه المصطلحات يتمكن الطفل من استخدامها بشكل تلقائي.

وهذا البرنامج بيتي مكثف (40 ساعة أسبوعياً) يتبع أسلوب تدريب محاولات الاتصال بين اثنين. ويشترك الآباء وغيرهم من المساعدين البالغين في توصيل البرنامج الذي يتألف من عدة مراحل هي:

- **العام الأول:** يركز البرنامج على تخفيف الإثارة الذاتية Self-Stimulation أو السلوك العدواني Aggressive Behaviour وتطوير الامتثال وتشجيع التقليد واللعب.
- **العام الثاني:** تركيز أكثر على اللغة التعبيرية واللعب التفاعلي.
- **العام الثالث:** ينتقل التركيز على التعبير الانفعالي Expression Emotional في المهام ما قبل الأكاديمية والتعليم عبر الملاحظة.

ويتم الاهتمام بالسلوكيات غير المرغوبة عن طريق استخدام استراتيجيات مثل تجاهل وقت الاستراحة واستخدام أشكال تقوقعية غير محببة، حيث يمكن أن يقوم - المهتم بالسلوك غير المرغوب - بتقليد أشكال غير محببة للطفل كي ينفره منها في حال قيامة بهذا السلوك، ويوصي لوفاس بأن يبدأ التدخل المبكر في أسرع وقت ممكن، ومن الأفضل أن يبدأ ما قبل سن الرابعة.

وبتنفيذ البرنامج على مدار أربعين ساعة مكثفة أسبوعياً، أمكن التوصل إلى أن (47٪) من الأطفال حققوا أداء تربوياً وفكرياً واضحاً وانضموا بنجاح إلى صفوف معيارية (Lovaas, 1987).

ويظهر تحليل الدراسة كما يذكر (Jordan et al,1998) أن هذه النتائج تبين آثار التدريب المكثف وليس العلاج نفسه، وكأنه يؤكد على أن التوحد حالة وليس مرضاً، فالحالة قابلة للتحسن بالتدريبات والبرامج الإرشادية والسلوكية والتربوية، أما

المرض فهو قابل للشفاء بالمتابعة والعلاج، بالإضافة لذلك، فإن السلوكيات التي يتم تعلمها في جلسة واحدة لا يمكن غالباً نقلها وبسهولة إلى أوضاع أخرى.

2. تيتش TEACCH:

Treatment And Education Of Autistic And Related Communication Children Handicapped

تم تأسيس TEACCH (علاج وتعليم الأطفال التوحديين والمعاقين اتصالياً) في جامعة نورث كارولينا University Of North Carolina عام (1972)، وهو أسلوب منظم يرتكز على تعلم بصري وتخطيط للبيئة والزمن والأنشطة لتكون مفتاحاً للسلوك.

وهذا البرنامج شائع ومصمم للأطفال والبالغين التوحديين وغيرهم ممن يعانون من إعاقات في التواصل ذات علاقة، ويتمثل الهدف الرئيس للبرنامج توفير استمرارية في تقديم الخدمات طوال حياة الفرد.

وترتكز فلسفة البرنامج على معرفة أن التوحديين يدركون العالم بشكل مختلف ويستخدمون أساليب تفكير مختلفة ولذلك فهم يمتلكون نمطاً مختلفاً من التفكير.

ويشبه برنامج تحليل السلوك التطبيقي برنامج الـ TEACCH من حيث إنه يطبق أساليب سلوكية، ومع ذلك، هناك فروق مهمة ما بين هذين البرنامجين:

أ. القلسفة الأساسية التي بنيت عليها أساليب تحليل السلوك التطبيقي تكمن في أن الحالة الطبيعية ممكنة لأن جميع المهارات يمكن تعلمها، وعلى العكس من ذلك، فإن TEACCH يركز على أن هناك صعوبات معينة (مثل الاستيعاب اللغوي) تبقى مدى الحياة وبذلك يجب أن يكون التركيز على المهارات الوظيفية (الاتصال غير اللفظي والمهارات الذاتية والمهنية).

ب. ولا يشبه TEACCH طريقة لوفاس من حيث إنه أقل كثافة، وينظر إليه على أنه تعلم يستمر طوال العمر من المهد إلى اللحد From The Cradle To The Grave.

3. العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي):

Daily Life Therapy (Higashi School)

قام كيو كيتاهاري Kiyo Kitahari في موساشينو هيجاشي جاكوين في طوكيو بتطوير علاج الحياة اليومية.

ويرتكز هذا الأسلوب على العمر، وليس المستوى النمائي، وعلى أنشطة جماعية من أجل إعداد الطفل لمواجهة أنشطة الحياة العامة، وتركز هذه الطريقة على تمارين بدنية نشيطة وفنون ومهارات اجتماعية واتصال، وتم استخدام هذه الطريقة في مدرسة في بوسطن، ماساشوستس وهي تنتشر الآن في دول أخرى.

سادساً: الأساليب المعرفية Cognitive Approaches

تم دمج الأساليب المعرفية في الأساليب التعليمية الأخرى مثل TEACCH، وتبدأ الاستراتيجيات دائماً بتقويم دقيق لمواطن الاحتياج والقوة لدى كل فرد من أجل الوقوف على المستوى الحالي للحالة، ويشمل التقويم:

- التقليد. Imitation
- الإدراك. Perception
- المهارات الحركية الدقيقة. Fine Motor Skills
- المهارات الحركية الإجمالية. Gross Motor Skills
- التآزر البصري الحركي. Eye - hand Coordination
- الأداء المعرفي غير اللفظي. Non - Verbal Cognitive Performance
- القدرات اللفظية. Verbal Abilities

وتستخدم مواطن القوة التي تم التعرف عليها لمحو أو إخفاء مواطن الاحتياج، وقد يمكن استخدام مواطن القوة في تشكيل سلوك جديد بالتكرار والتدريب، قد يؤدي إلى إخفاء النواحي غير المرغوبة.

تأخذ الأساليب التعليمية بعين الاعتبار النمط الحسي المفضل ـ ويكون عادة ـ وليس بالضرورة، النمط البصري، والحاجة إلى التركيب والقدرة على التنبؤ.

ويبدو أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في مجال اضطرابات المزاج المرتبطة بمتلازمة اسبيرجر، ومع ذلك، لا زلنا بحاجة إلى المزيد من الأبحاث لتقويمه والتعرف على التعديلات المحددة والمتعلقة بالأفراد ذوي متلازمة اسبيرجر.

سابعاً: العلاج بالتواصل / اللغة Communication \ Language Therapies

1. علاج النطق/اللغة Speech - Language Therapy:

على الرغم من أن الأطفال التوحديين يجدون صعوبة في تطوير اللغة والفهم، إلا أن هذه الطريقة أُثبتت أنها غير فعالة أو حتى غير مفيدة، فهم يحتاجون لأن يتعلموا، ليس الكيفية التي يتكلمون بها اللغة، بل كيف يستخدمون اللغة للتواصل، وهناك عدة أساليب صممت بشكل محدد لتطوير مهارات الاتصال، وأكثر الأساليب المستخدمة شيوعاً هي PECS، ولغة الإشارات.

2. نظام الاتصال عبر تبادل الصور:

Picture Exchange Communication System (PECS)

قام أندرو بوندي Andrew Bondy، وهو عالم نفس، ولوري فروست Lori Frost، أخصائي علاج نطق ولغة (Bondy & Frost,1994) في "برنامج ديلوير للتوحديين" بتطوير PECS لمساعدة الأفراد الذين يعانون من التوحد وغيره من الإعاقات النمائية في اكتساب مهارات اتصالية.

ويركز هذا النظام على مبادئ الاتصال القصدي والوسائل البصرية في تطوير الاتصال، وعلى الرغم من أن هذه المبادئ قد تم حسابها قبل تقديم PECS بوقت طويل، إلا أن PECS تقدمها على أنها حزمة تدريبية بديلة / متزايدة يمكن استخدامها مع الأطفال والبالغين ذوي التوحد وإعاقات اتصالية أخرى بطريقة منهجية موصوفة. ويرتكز المبدأ الأساسي لهذا النظام على تعليم الأطفال التواصل، ليس باللغة فقط منذ البداية، ولكن باستخدام حزم الصور المتناسقة الهادفة لإتمام المهمة، والأساليب الرئيسة المستخدمة تكمن في التعرف على المعززات التي تجذب الطفل نحو التواصل، مثل

الأغذية والمشروبات أو الأنشطة المفضلة، والتنبيه Prompting، والتشكيل Shaping، والإخفاء Fading.

مزايا PECS:

وتتلخص مزايا PECS واختلافه عن الأنظمة الصورية الأخرى للاتصال بـ:

1. أنه يتم تعليم الأطفال أن يعبروا عن حاجاتهم للبالغين الذين يقومون بتلبية هذه الحاجات، وهذه البداية تعبر عن مقصودية التفاعل.
2. أن الطفل هو الذي يقوم بالمبادرة للتفاعل.
3. أن يكون الاتصال وظيفياً وله معنى.

وبما أن الهدف الرئيس لهذا الأسلوب تعليم الاتصال اللفظي، يتم تجنب المنبهات اللفظية المباشرة مثل:

- ماذا تريد؟.
- أرني ما تريد.
- ما هذا؟.

ومنذ البداية، يتم تعليم الأطفال مثل تلك المهارات الاتصالية والاجتماعية للتواصل والتفاعل مع شخص آخر بشكل عفوي.

وهناك عدة مراحل لتقديم طريقة PECS، وتكون كل مرحلة مبنية على مرحلة سابقة، ولقد ثبت أن هذه الطريقة ناجحة مع أولئك الذين إما لا يتجاوبون، أو لا يعانون، أو يعانون من ترديد مرضي للكلام، وفي حقيقة الأمر، ومثل أي أسلوب آخر يستخدم في التوحد، ولا يكون PECS فعالاً مع كل طفل.

3. لغة الإشارات Sign Language:

تستخدم لغة الإشارات مثل برنامج ماكتون Makaton غالباً مع الأطفال والبالغين ذوي التوحد.

وتتلخص مزايا لغة الإشارات للتوحديين بما يلي:

- الإشارات بصرية وحركية حسية.
- يمكن تعليم الإشارات من خلال المنبهات البدنية والتشكيل الذي يفيد الأطفال الذين يعانون من مشكلات وظيفية تنفيذية وحركية.
- يمكن نقل لغة الإشارة بيسر وسهولة والتدريب عليها ميسر وغير مكلف، ولا تحتاج إلى أية معدات، أو تقنيات.
- ميسرة للأفراد الذين لا يفهمون اللغة اللفظية.

وتتلخص عيوبها فيما يلي:

- تعتبر لغة الإشارات صعبة على أولئك الذين لا يفهمون اللغة اللفظية.
- محدودة التداول لارتباطها في مجال محدد.
- هناك العديد من الناس ممن لا يفهمون لغة الإشارات.

وتتنوع نتائج استخدام لغة الإشارات بشكل كبير، فبعض الأطفال يتكلمون اللغة اللفظية بعد اكتسابهم لغة الإشارات، بينما لا يتعلم آخرون أكثر من عدد قليل من الإشارات ويبقون بكماً، وفي كلتا الحالتين ما يتعلمه الأفراد من لغة الإشارة لا يضر، وقد لا يكون له أي آثار سلبية، بينما أن لغة الإشارة قد تسهم إلى حد كبير في التحرك نحو التفاعل الاجتماعي، وحبذا لو تم التركيز على الإدراك والفهم من خلال طاقة التعامل الصادقة من المحيطين بالحالة والارتقاء بدرجة الإيمان بأن كل ما يتم فعله والتدريب عليه إنما يؤتي ثماراً إيجابية مع هؤلاء الأفراد.

4. الاتصال الميسر Facilitated Communication (FC):

يعتبر الاتصال الميسر طريقة لتزويد الأفراد الذين يعانون من مشكلات اتصال حادة بالدعم الجسدي والانفعالي.

ولقد أصبحت هذه الطريقة معروفة بشكل واسع، ويرجع الفضل في ذلك إلى روزماري كروسلي Rosemary Crossley في أستراليا ودوجلاس بكلين Douglas Biklen

في أمريكا، وهذه الطريقة مثيرة للجدل، وحتى يومنا هذا هناك نقص في الأبحاث التي توفر أدلة كمية للتحقق من صحة الاتصال الميسر.

ومع ذلك، هناك عدة دراسات نوعية تشير إلى أن بعض الأفراد ممن يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي قاموا بتطوير مهارات اتصال مستقلة عبر التدريب على طريقة الاتصال الميسر.

ثامناً: العلاج بالموسيقى Music Therapy والعلاج بالدولفين Dolphin Therapy

هذان الأسلوبان من العلاج أظهرا نجاحاً في تحسين المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الأفراد التوحديين، ولكن لا يمكن القطع بأن هناك برامج تنفرد بتنمية المهارات المختلفة لدى جميع الأشخاص التوحديين.

بيّن كل من جونزاليز وأدريانا (Gonzalez & Adriana,1997)، في دراستهم التي هدفت إلى التدريب على المهارات الاجتماعية المصحوبة بالتعزيز في تحسين التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين في المدارس الابتدائية ، وتكونت عينة الدراسة من (4) أطفال ذوي توحد متوسط أعمارهم (6) سنوات، و(12) طفلاً في الصفين الأول والثاني متوسط أعمارهم (6.5) سنة، وقد تم تدريب التلاميذ العاديين عن طريق معلمي التربية الخاصة على أهمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي التوحد، بالإضافة إلى تدريبهم على المهارات المناسبة لأعمار هؤلاء الأطفال وكيفية التعامل معهم والإجراءات التي يجب اتباعها للتحكم في السلوك، تم استخدام فنية اللعب الحر بعد التدريب مباشرة والتعزيز والتغذية المرتدة لجميع أفراد العينة، أوضحت النتائج أن الجمع بين التدريب على المهارات الاجتماعية والتعزيز كان فعالاً في تحسين التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين، وبالمتابعة تبين استمرار تحسين التفاعل الاجتماعي (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

هل هناك علاج شاف؟

هنـاك إجمـاع عـام علـى عـدم وجـود عـلاج شـاف للتوحـد، علـى الـرغم مـن وجـود العديد من التدريبات المتميزة التي تسهم في تحسين بعض مظاهر الأداء، وهـذا لا ينفـي وجود بعض الادعاءات المثيرة "بالشفاء" من التوحد لها أنصارها، ولها المشككون فيها (الإمام والجوالده 2010 ـ ب).

الفصل التاسع

البرامج التربوية والأساليب العلاجية للموهوبين

- مقدمة.
- تعريف الموهبة والتفوق.
- شيوع الموهبة.
- خصائص الأطفال الموهوبين.
- سمات شخصية الموهوبين.
- مبررات البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين.
- الفئة المستهدفة للبرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين.
- أنواع البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين.
- الاتجاهات العامة السائدة في تربية الطلبة الموهوبين والمتفوقين.
- إرشادات للمعلم لمساعدة الطالب الموهوب أو المتفوق داخل الصف العادي.

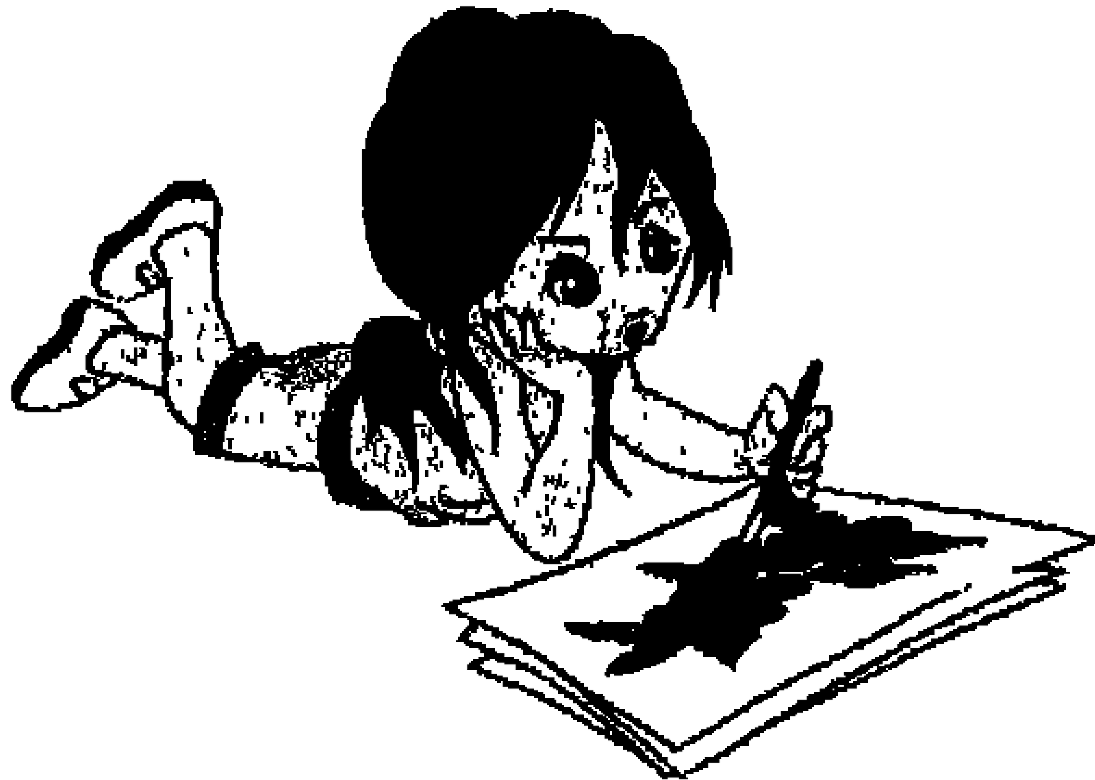
الفصل التاسع
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للموهوبين

مقدمة:

لقد تطوّر مفهوم الموهبة أو التفوّق عبر العقود الماضية، إذ كان الاعتماد الأساسي في تحديد الموهبة أو التفوّق على اختبارات الذكاء التقليدية المقنَّنة، وعلى اختبارات التحصيل المدرسي، فكان الفرد يعتبر موهوباً إذا كان أداؤه أعلى من (1٪) من المجتمع المدرسي مقاساً باختبارات الذكاء أو التحصيل، وقد كان هذا الفهم للموهبة أو التفوّق ينسجم مع مفهوم العامل العام الذي اقترحه العالم سبيرمان سنة (1923) والذي يعبّر عن القدرة العقلية العامة للدلالة على الارتباط العالي بين الاختبارات الفرعية للذكاء، ومع أن سبيرمان أضاف إلى ما سماه بالعوامل الخاصة، إلا أنه يرى أنها أقل أهمية (Swiatek & Shoplik, 1999).

من هنا، فإن الاعتماد على قياس الذكاء، في تحديد الموهبة أو التفوّق يبقى قاصراً إذا لم تتضمن اختبارات الذكاء قياس الأصالة أو الإبداع أو التفكير المنتج، ذلك أن بعض الباحثين أشاروا إلى أن معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على مقاييس الذكاء أو التفكير المنتج ليست عالية، وتقرب أحياناً من الصفر، مما دعاهم إلى المناداة بضرورة أن يتضمن الكشف والتعرف على الموهبة أو التفوّق اختبارات تقيس تلك القدرات التي اعتبرها ذات أهمية بالغة كخصائص تميز الأفراد الموهوبين أو المتفوقين (Reise, 1989).

تعريف الموهبة والتفوق:



لم يتفق التربويون حتى الآن على تعريف موحد للموهبة، لذلك ظهرت تعريفات مختلفة ومتنوعة تناولت مفهوم الموهبة.

هذا وقد اتفقت المعاجم العربية والإنجليزية في الجانب اللغوي على أن الموهبة Giftedness تعني "قدرة" استثنائية أو استعداداً فطرياً غير عادي لدى الفرد، بينما

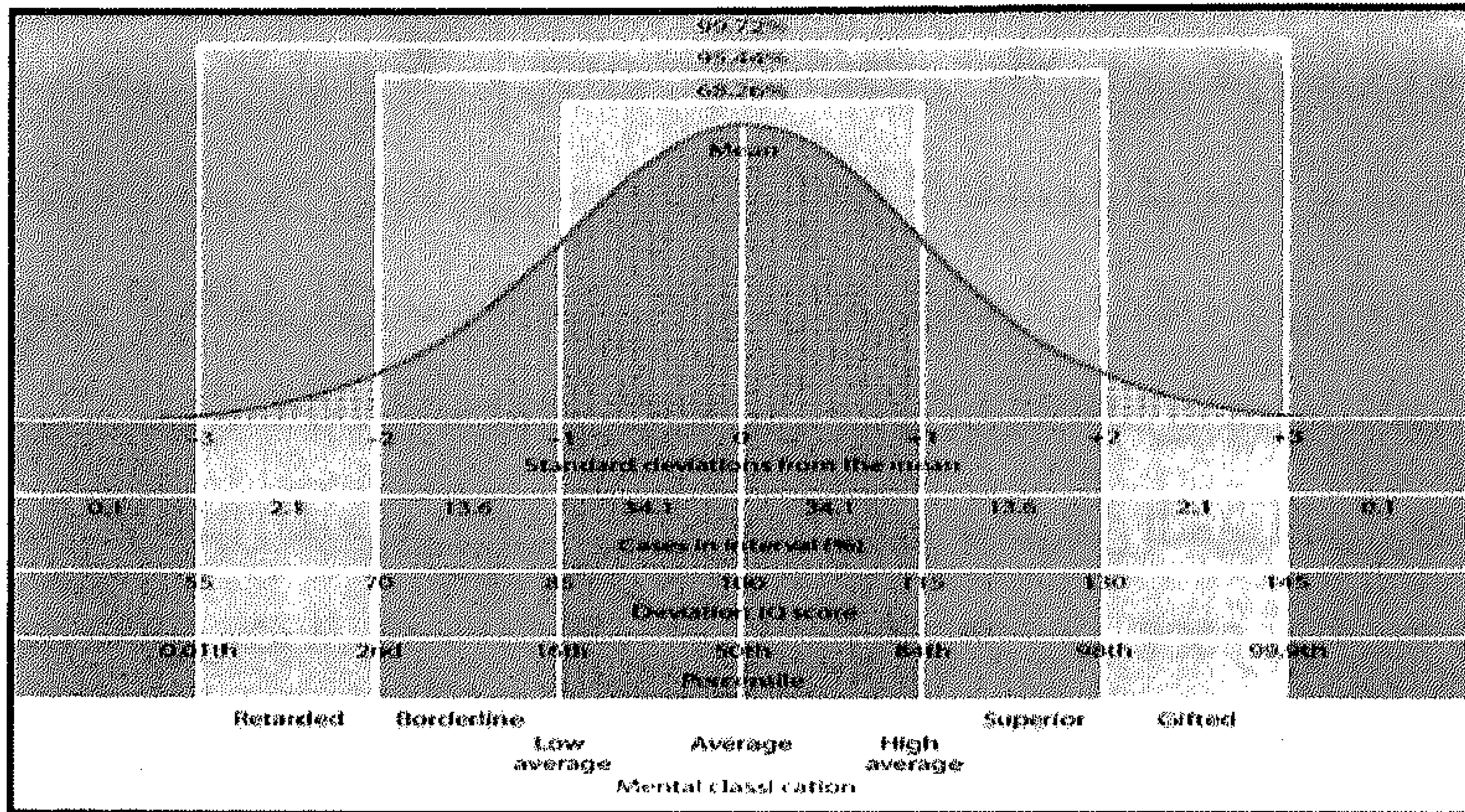
يأتي مصطلح التفوق Talent مرادفاً لمعنى كلمة الموهبة، أو بمعنى "قدرة موروثة أو مكتسبة" سواء أكانت قدرةً عقليةً أم قدرةً بدنيةً، ويرجع هذا التداخل فيما بين مصطلح الموهبة والتفوق لعدة **عوامل أهمها**: عدم وضوح الفرق في المعنى الاصطلاحي بين المفهومين في قواميس اللغة الإنجليزية، حيث ترد كلمة Talent مرادفة لكلمة *Giftedness*، إضافةً لعدم وجود نظرية عربية في علم نفس الموهبة والتفوق، وعلى هذا لم يلاحظ أن هناك اتفاقاً على تعريف عام للموهبة والتفوق، وبذلك برزت الحاجة إلى تعريف إجرائي تربوي للموهبة والتفوق مع بداية انتشار البرامج الخاصة بتعليم الموهوبين في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول الأوروبية (جروان، 2004).

وبمراجعة شاملة للتعريفات التي ظهرت منذ وجدت البرامج الخاصة المنظمة لتعليم الموهوبين والمتفوقين قبل أكثر من ثلاثة عقود من الزمان، يمكن الإحاطة بجميع الأبعاد التي تنطوي عليها تعريفات الموهبة والتفوق، وفي هذا الإطار، يشير جروان (2004) إلى أنه يمكن تصنيف التعريفات الواردة في أربع مجموعات على أساس الخلفية النظرية أو السمة البارزة لكل منها:

أولاً: التعريفات الكمية

وهي التعريفات التي تعتمد أساساً كمياً بدلالة الذكاء أو التوزيع النسبي للقدرة العقلية، حسب منحنى التوزيع الاعتدالي الطبيعي. ومن أمثلتها:

يمكن تعريف الموهوب والمتفوق تبعاً لدرجة الموهبة والتفوق التي تؤخذ على أنها الحد الفاصل بين الموهوب، وغير الموهوب، وغير المتفوق، وإذا اعتمدت نسبة الذكاء كمحك فإن النقاط الفاصلة المقترحة تختلف بصورة واسعة من سلطة إلى أخرى، وتمتد بين نسب الذكاء (115 ـ 180)، لكن معظم النقاط الفاصلة المستخدمة فعلياً تقع بين (125 ـ 135).



ثانياً : تعريفات الخصائص السلوكية

إذ تشير العديد من البحوث إلى أن الأطفال الموهوبين والمتفوقين يُظهرون أنماطاً من السلوك أو السمات التي تميزهم عن غيرهم. ومن أمثلة هذه الفئة ما يشير إلى أن الطفل الموهوب والمتفوق يتصف بنمو لغوي يفوق المعدل العام، ومثابرة في المهمات العقلية الصعبة، وقدرة على التعميم ورؤية العلاقات، وفضول غير عادي، وتنوع كبير في الميول.

ثالثاً : التعريفات المرتبطة بحاجات المجتمع وقيمه

تنطوي هذه التعريفات على استجابة واضحة لحاجات المجتمع وقيمه دون اعتبار يذكر لحاجات الفرد نفسه، ومن أمثلة هذه التعريفات: أن الطفل الموهوب والمتفوق هو الطفل الذي يكون أداؤه متميزاً بصورة مطردة في مجال ذي قيمة للمجتمع الانساني.

رابعاً : التعريفات التربوية

يقصد بها جميع التعريفات التي تتضمن إشارة واضحة إلى الحاجة إلى مشروعات تربوية واضحة ومتمايزة، ومن أمثلة هذه التعريفات: تعريف مكتب التربية الأمريكي المعدّل الذي يشير إلى أن الأطفال الموهوبين والمتفوقين هم أولئك الذين يعطون دليلاً على

اقتــدارهم علــى الأداء الرفيــع في المجــالات العقليــة والإبداعيــة والفنيــة والقياديــة والأكاديمية الخاصة، ويحتاجون خدمات وأنشطة لا تقدمها المدرسة عادةً، وذلك من أجل التطوير الكامل لمثل هذه الاستعدادات أو القابليات.

مما سبق يمكننا الاستنتاج من خلال استعراضنا للتعريفات المختلفة للموهبة والتفوّق بأن الأطفال الموهوبين وإن تشابهوا فيما بينهم بعددٍ من الخصائص والسمات إلا أنهم مجموعة غير متجانسة.

شيوع الموهبة:

نتيجة للاختلافات بين الباحثين والمهتمين على تعريف الموهبة والتفوّق وبسبب التطورات الحديثة التي ظهرت حول مفهوم الموهبة، فإنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين على نسبة شيوع الموهبة والتفوّق في المجتمع.

واعتماداً على المنحنى الاعتدالي وتوزيع الذكاء بين الناس، فإنه من المتوقع أن يحصل (15٪ ـ 16٪) من المجتمع على معامل ذكاء يصل إلى (115) أو أعلى، بينما يحصل (2٪ ـ 3٪) على معامل ذكاء (130) أو أعلى، وهذه النسب هي باعتماد معامل الذكاء مقاساً باختبارات الذكاء، وحيث إنه من الصعب التعّرف على الموهوبين المتفوقين من الفئات المحرومة من الناحية الاجتماعية الاقتصادية، فإن هناك ميلاً لدى الباحثين باعتماد الحد الأعلى لمعاملات الذكاء في المجتمع كاعتماد (3٪ ـ 5٪) من المجتمع المدرسي، علماً بأن استخدام اختبارات الذكاء وحدها سيكون متحيزاً لصالح الفئات الاقتصادية والاجتماعية العليا (Hallahan & Kauffman, 2003).

خصائص الأطفال الموهوبين:

هناك العديد من الباحثين الذين قاموا بدراسات هدفت إلى وصف خصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين، من مثل دراسات تيرمان. فقد لخّص كل من تيرمان وأودن (Terman & Oden, 1951) خصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين الذين قاموا بدراستهم على النحو الآتي:

أنهم يتمتعون بوضع جسمي ولياقة بدنية أفضل من أقرانهم، وكذلك يظهرون قدرات عالية في القراءة واستخدام اللغة والمهارات الحسابية والعلوم والأدب والفنون والتهجئة، ومعلومات واقعية في التاريخ والشعوب، ولهم اهتماماتهم الذاتية، فهم يتعلمون القراءة بسهولة ويقرؤون أكثر ويكتسبون أفضل من أبناء جيلهم، ويمارسون هوايات عديدة، وهم واثقون من أنفسهم إذ يحصلون على درجات مرتفعة في اختبارات ثبات الشخصية (السرور، 2003، ص: 52 ـ 53).

وفيما يلي توضيح مفصّل للخصائص المختلفة للطلبة الموهوبين:

أولاً: الخصائص الجسمية

لقد أشارت الدراسات المختلفة إلى أن الأطفال الموهوبين كمجموعة يتميزون عن أقرانهم من الأطفال متوسطي الذكاء بأنهم أطول، وأكثر وزناً وأكثر حيوية ويتمتعون بصحة جيدة وأنهم حافظوا على تفوقهم الجسمي والصحي مع مرور الزمن.

إلا أن هذا التفّوق في الخصائص الجسمية ليس بالضرورة أن ينطبق على كل طفل موهوب، إذ يمكن أن يكون بعض الأطفال الموهوبين والمتفوقين ذوي بنية جسمية ضعيفة أو حجم صغير أو مصابين بأمراض أو علل بدنية.

إن تفوق الأطفال الموهوبين والمتفوقين من الناحية الجسمية لا يظهر منذ الولادة ولا حتى في السنوات الأولى من عمر الطفل الموهوب في معظم الحالات. ومن هنا، فإن القوة والسلامة الجسمية ليسا دليلاً على الموهبة والتفوق وإنما مصاحبات له (المعايطة والبواليز، 2004).

ثانياً: الخصائص المعرفية

تشير غالبية الدراسات إلى تفوق الموهوبين على أقرانهم العاديين في كثير من الخصائص العقلية، حيث إن لديهم درجة عالية من الذكاء كما تقيسها اختبارات الذكاء الفردية أو الجماعية، ويتميّزون بأنهم أكثر انتباهاً وحباً للاطلاع، ويميلون إلى طرح أسئلة كثيرة، ولديهم قدرة عالية على القراءة والكتابة، والاهتمام بالموضوعات التي يهتم بها من هم أكبر سناً، وسرعتهم كبيرة في حل المشكلات

التعليمية التي تعترضهم، وتتسم إجاباتهم عن الأسئلة المطروحة عليهم بالدقة، ومستوى تحصيلهم رفيع، وقدرتهم في التعبير عن أنفسهم كبيرة، ويميلون إلى النقد البناء، وغير ذلك من صفات، ونشير في هذا الصدد إلى أنه ليس بالضرورة أن تنطبق هذه الصفات جميعها على جميع الموهوبين، فالفروق الفردية قائمة بين الموهوبين كما هي بين الأفراد العاديين (صبحي، 1994، ص: 88).

ثالثاً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية

لقد كانت هناك اعتقادات خاطئة حول الخصائص الانفعالية والاجتماعية للموهوبين، حيث كان الاعتقاد أن الموهوبين يميلون إلى العزلة وليست لديهم أنشطة اجتماعية، ولكن الدراسات العلميّة الحديثة أشارت إلى عكس ذلك، حيث إن الأفراد الموهوبين يمتازون بالخصائص الانفعالية والاجتماعية الآتية:

- منفتحون على المجتمع ومشاركون جيدون في الأنشطة الاجتماعية المختلفة.
- مستقرون عاطفياً ومستقلون ذاتياً.
- أقل عرضه للاضطرابات الذهانية والعصابية مقارنة بأقرانهم.
- مستوى من النضج الأخلاقي عالٍ.
- إدراك قوي لمفهوم العدالة في علاقاتهم مع الآخرين وقدرة على الضبط والتحكم الذاتي.
- حس الدعابة وروح النكتة بسبب ملاحظتهم لمفارقات الحياة اليومية وإدراك أوجه التناقض في الحياة اليومية.
- امتلاك قدرة غير عادية على التأثير في الآخرين أو إقناعهم أو توجيههم.
- الحساسية الشديدة لما يدور حولهم وحدة الانفعالية في استجاباتهم للمواقف التي يتعرضون لها.
- التعلق بالمثل العليا وقضايا الحق والعدالة والأخلاق.

- الكمالية وتعني وضع معايير متطرفة غير معقولة، والسعي القهري لبلوغ أهداف مستحيلة، وتقييم الذات على أساس مستوى الإنجاز والإنتاجية والتفكير بمنطق كل شيء أو لا شيء.
- يميلون إلى مناقشة الواقع ونقده.
- مدفوعون بحوافز ودوافع ذاتية.
- لديهم ميول متنوعة واهتمامات واسعة وربما غريبة (السرور، 2003؛ القريوتي وآخرون، 1995؛ صبحي، 1994).

سمات شخصية الموهوبين:

يظهر الأطفال الموهوبون أنماطاً من السلوك أو السمات التي تميزهم عن غيرهم، ومن أبرز هذه السمات: (حب الاستطلاع الزائد، وتنوع الميول وعمقها، وسرعة التعلم والاستيعاب، والاستقلالية، وحب المخاطرة، والقيادية، والمبادرة والمثابرة). وعلى هذا يرى الباحثون أن هذه السمات تصلح كإطار مرجعي للتعرّف على الموهوبين، وبذلك صمموا مقاييس وأدوات يمكن أن يستخدمها المقربون للطفل والذين لديهم معرفة جيدة عنه، لكي يكون تقديرهم لدرجة وجود السمة لديه تقديراً موضوعياً وصادقاً إلى حد ما، ومن هؤلاء المقربين للطفل المعلم بحكم اتصاله المباشر مع الأطفال في مراحل الدراسة، فهو أكثر الناس درايةً بهم وأقدرهم على تقييم سماتهم السلوكية وتحديدها (جروان، 2004).

كما أوردت كلارك (Clark,1992) قائمةً مطولةً من السمات الشخصية للموهوبين، ومنها:

- حفظ كمية غير عادية من المعلومات واختزالها.
- سرعة الاستيعاب.
- تطور لغوي وقدرة لفظية من مستوى عالٍ.
- قدرة غير عادية على المعالجة الشاملة للمعلومات، والسرعة والمرونة في عمليات التفكير.

- قدرة عالية على رؤية العلاقات بين الأفكار والموضوعات.
- قدرة مبكرة على تجنب الأحكام المتسرعة، أو الأفكار غير الناضجة.
- القدرة على توليد أفكار أصيلة.
- تطور مبكر للاتجاه التقويمي نحو الذات والآخرين.
- قوة تركيز غير عادية ومثابرة هادفة في السلوك أو النشاط.
- الظهور المبكر لأنماط متمايزة من المعالجة الفكرية مثل التفكير المتشعب، وتحسن المترتبات، والتعميمات، واستخدام القياس والتعبيرات المجردة.
- حساسية غير عادية لتوقعات الآخرين.
- شدة الوعي الذاتي والشعور بالاختلاف عن الآخرين.
- تطور مبكر للمثالية والإحساس بالعدالة.
- تطور مبكر للقدرة على التحكم والضبط الداخلي وإشباع الحاجات.
- عمق العواطف والانفعالات وقوتها.
- توقعات عالية من الذات ومن الآخرين، تقود غالباً إلى مستويات عالية من الإحباطات مع الذات ومع الآخرين والمواقف.
- الحاجة القوية للتوافق بين القيم المجردة والأفعال الشخصية.
- مستويات متقدمة من الحكم الأخلاقي.
- قدرة معرفية وانفعالية متقدمة لتصور وحل مشكلات اجتماعية.
- قدرة على القيادة.
- دافعية قوية ناجمة عن شعور قوي بالحاجة إلى تحقيق الذات.
- الاستغراق في الحاجات العليا للمجتمع مثل العدالة، والجمال، والحقيقة.
- مدخلات غير عادية من البيئة عن طريق نظام حسي مرهف.
- وجود فجوة غير عادية بين التطور العقلي والبدني.
- تقبل متدنٍ للفجوة بين معاييرهم المرتفعة ومهاراتهم الرياضية المتواضعة.
- اللمسات الابتكارية في كل مجالات العمل أو المحاولات.
- القدرة على التنبؤ والاهتمام بالمستقبل.

كما لخص معاجيني (1998) السمات العامة للموهوبين فيما يأتي:

أولاً: القدرة العقلية العامة

- الذكاء المرتفع، غالباً ما يكون أعلى من متوسط العينة بأكثر من انحراف معياري واحد.
- التطور اللغوي المبكر.
- سهولة التعلم والاسترجاع.
- دقة الملاحظة، والحذر الشديد.
- سرعة البديهة.
- التوقد الفكري، خاصةً فيما يتعلق بالميول والهوايات الشخصية.
- القدرة العالية على التركيز، وطول مدى الانتباه.
- المواظبة والمثابرة والالتزام بالمهام الموكلة.
- تفضيل الاستقلالية في التعلم.
- التطلع إلى معرفة ومناقشة قضايا الراشدين وحلها.

ثانياً: التفكير الإبداعي

- الطلاقة الفكرية واللفظية.
- التحليل الدقيق للأفكار لدرجة إظهار أدق التفاصيل.
- الاستمتاع بالتحديات الصعبة المعقدة.
- الولع بالمغامرة، وحب الاكتشاف.
- مستوى عالٍ من الفضول المعرفي (حب الاستطلاع).
- خصوبة الخيال، ورهافة الأحاسيس والعواطف.
- سرعة الملل من الأعمال الروتينية.
- قدرة غير عادية على إنتاج الأفكار الأصيلة.
- مرونة فائقة في التفكير.
- مستوى نشاط عالٍ جداً.

ثالثاً: القيادة الاجتماعية

- قدرة فائقة على التنظيم والتخطيط.
- لباقة متميزة، وحسن تصرف.
- قدرة متميزة على إقامة علاقات جيدة مع الآخرين.
- قدرة فائقة على استخدام مهارات التواصل المختلفة مع الصغار والكبار.
- ثقة عالية بالنفس.
- صانع قرار متميز.
- ولع شديد بمساعدة الآخرين.
- قدرة متميزة على التفاوض، والتحاور، والنقاش، في حدود اللباقة المنشودة.
- تحمل المسؤولية كاملةً لكل ما يوكل إليه من أعمال.
- شهرة غير عادية، وبروز بين الآخرين.

رابعاً: الفنون البصرية أو الأدائية

- ميول حادة وغير عادية في الفنون والاستمتاع بها.
- قوة تحمل وصبر شديد.
- مهارات فائقة في استخدام وسائل متعددة.
- الاستمتاع بزيارة المتاحف والمسارح، وأماكن الفنون.
- شدة التركيز، ومدى انتباه طويل.
- تعاطف ومواساة شديدان مع الآخرين.
- تعدد وتنوع في مهارات التواصل، وحسن استخدامها في التعبير عن المشاعر.
- مهارات تقنية متقدمة.
- رهافة الأحاسيس والعواطف.
- تفانٍ عالٍ في الأعمال، خاصةً ما يداعب العواطف والمشاعر.

خامساً: القدرات البدنية

- الاستمتاع بالحركات، والتمارين، والأنشطة الحركية.

- تعدد الحركات وتنوعها.
- شدة تركيز وانتباه.
- دقة وانضباط.
- دقة شديدة في التآزر الحركي والبصري.
- ميل غير عادي للأنشطة التي تتطلب استخدام المهارات الحركية الدقيقة.
- انضباط ذاتي، وتفانٍ في العمل.
- قدرة فائقة على توقع حركات الآخرين.
- رشاقة وخفة غير عادية.
- صحة بدنية منقطعة النظير بالنسبة للعمر الزمني.

مبررات البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين:

هناك برامج تربوية خاصة يحتاج إليها الطلبة الموهوبون والمتفوقون وذلك للوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو بالمقدار التي تسمح به طاقاتهم وقدراتهم، وقد أشارت العديد من المراجع والدراسات إلى مبررات وجود مثل هذه البرامج الخاصة نوجزها بما يلي:

1. **عدم كفاية برامج التعليم العادي:** إذ تتصف برامج التعليم المدرسي العادي بأنها جماعية التوجه وذلك لمحدودية الوقت المخصص لكل مادة دراسية والأعداد الكبيرة للطلبة في معظم الصفوف وبالتالي التركيز على الوسط وعدم الاهتمام بالطلبة المتميزين.
2. **التربية الخاصة حق للطفل الموهوب والمتفوق:** من حق الأطفال الموهوبين والمتفوقين الحصول على عناية تربوية خاصة وأن يحصلوا على فرص مكافئة كغيرهم من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.
3. **التربية الخاصة للموهوبين والمتفوقين ضمان لرفاه المجتمع وتنميته:** فالأطفال الموهوبون والمتفوقون ثروة وطنية يجب الاهتمام والعناية بها وعدم إهمالها، إن وقوف المجتمع في وجه التحديات التي تفرضها طبيعة العصر يعتمد بدرجة

كبيرة على مدى الرعاية التي تقدم لهذه الفئة وتوفير الفرص التربوية المناسبة التي يمكن أن تساعد هؤلاء الأطفال في الوصول إلى أقصى طاقاتهم.

4. **التربية الخاصة للموهوبين والمتفوقين تطبيق لمبدأ تكافؤ الفرص:** إن القوانين والتشريعات المختلفة حول حقوق الإنسان في الجوانب الإنسانية والتربوية تنادي بالمساواة والعدالة وتكافؤ الفرص بين أفرادها، إن تطبيق مبدأ تكافؤ الفرص التربوية يعني أن تهيأ الظروف الملائمة لكل طالب لكي يتقدم بأقصى طاقاته وأن يحقق ذاته.
5. **التربية الخاصة ضرورة للنمو المتوازن للطفل الموهوب والمتفوق:** إن التفاوت في مستويات النمو الحركي والعقلي والانفعالي للطفل الموهوب والمتفوق تجعله عرضة لمشكلات تكيفية من شأن البرامج التربوية الخاصة أن تساعده في التخلص من هذه المشكلات وأن تجعل النمو في الجوانب المختلفة يسير بتوافق مع حاجات الطفل الخاصة.

الفئة المستهدفة للبرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين:

إن الفئة المستهدفة من هذه البرامج هم الطلبة المتفوقون والموهوبون، ولكن نسبة الطلبة الموهوبين والمتفوقين تختلف تبعاً لعدد المعايير المستخدمة في تعريف الطفل الموهوب، حيث تزداد نسبة الأطفال الموهوبين كلما قل عدد المعايير المستخدمة في التعريف، والعكس صحيح، فلو أخذنا معيار نسبة الذكاء التي تزيد عن (145)، لوجدنا أن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى حوالي (1٪) أما إذا أخذنا نسبة الذكاء التي تزيد عن (130) فإن نسبة الأطفال الموهوبين تصل إلى (3٪) (الروسان، 2001: 61).

أنواع البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين:

بعد عملية الكشف والتعرّف الدقيق على الطلبة الموهوبين والمتفوقين تقدم لهم الخدمات على شكل بدائل تربوية متنوعة تناسب الطفل الموهوب أو المتفوق وذلك

ضمن النظام المدرسي العادي هذا وتقسم البرامج التربوية للطلبة الموهوبين والمتفوقين إلى:

- الإثراء.
- التسريع.
- أساليب تجميع الموهوبين.
- غرف المصادر الخاصة بالموهوبين.

وفيما يلي عرض لتلك البرامج:

أولاً: الإثراء (Enrichment)

تعريف الإثراء:

الإثـراء هـو تزويـد الطلبـة الموهـوبين والمتفـوقين بخـبرات متنوعـة ومتعمقـة في موضوعات أو نشاطات تفوق ما يعطى في المناهج المدرسية العادية، إنه يتضمن إدخال تعديلات أو إضافات على المناهج المقررة للطلبة العاديين، والتعديلات يمكن أن تكون مواد دراسية لا تعطى للطلبة العاديين أو بزيادة صعوبة المواد الدراسية التقليدية دون أن يترتب على ذلك اختصار للمدة الزمنية اللازمة عادة للانتهاء من مرحلة دراسية، ولكي يكون الإثراء فعالاً لا بد أن يتوافق مع ميول الطلبة واهتماماتهم وأساليب التعلم المفضلة لديهم، بالإضافة إلى الإمكانات المادية للمدرسة ومصادر المجتمع المتاحة (زحلوق، 2000).

إن محتوى النشاطات والمشاريع المختلفة التي يمارسها الطلبة الموهوبون والمتفوقون في برامج الإثراء يجب أن يكون لها أهداف وتوجهات تظهر على شكل مخرجات تعليمية مفيدة وأن خيار الطالب للنشاط يجب أن لا يتعارض مع مبدأ الوصول إلى نواتج مقبولة لتلك النشاطات.

هذا ويعد برنامج الإثراء الأكثر قبولاً بين المجتمعات لقلة التكلفة ولسهولة التطبيق ولأنه يحسّن نوعية التعليم بشكل شامل (السرور، 2003، ص: 83).

أنواع الإثراء:

هناك نوعان رئيسان من الإثراء هما:

1. **الإثراء العمودي:** ويسمى الإثراء إثراء عمودياً إذا كانت الخبرات في مجال واحد من الموضوعات المدرسية.
2. **الإثراء الأفقي:** ويسمى الإثراء إثراء أفقياً إذا كانت الخبرات في عدد من الموضوعات المدرسية.

طرائق تنفيذ برامج الإثراء:

هناك طرائق عدة يمكن أن تنفذ من خلالها برامج الإثراء، وتستند في الأساس إلى فاعلية تلك الطرائق في تلبية الحاجات التربوية للطلبة الموهوبين والمتفوقين إذ ليس بالضرورة أن تكون طريقة ما المناسبة لبعض الطلبة بالضرورة مناسبة للبعض الآخر، إذ إن ذلك يعتمد على مدى الفائدة التي يحصل عليها الطلبة الموهوبون والمتفوقون ومدى تحقق الأهداف التربوية لبرنامج الإثراء من جهة، وما يتوافر في المدرسة من ظروف مناسبة لتنفيذ برنامج تلك الطريقة. وفيما يلي أهم البدائل التربوية لبرامج الإثراء:

أ- تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات إضافية غنية في الصف العادي دون ترتيبات وإجراءات إدارية أخرى:

وهذا يستوجب على المعلم أن يعرّض الطفل أو مجموعة الأطفال في الصف إلى خبرات جديدة لا يتضمنها المنهاج العادي.

ب- تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات في الصف العادي:

ولكن على شكل مجموعات تشترك كل مجموعة منهم بتميز في مجال أو موضوع معين.

ج- الصف الخاص:

وهو صف خاص بالموهوبين والمتفوقين في المدرسة العادية يداومون فيه كل اليوم الدراسي ويتزودون بمناهج مختلفة عما يدرسه زملاؤهم من الطلبة غير الموهوبين أو المتفوقين، بحيث يعرضون إلى توسع في مجال موهبتهم أو تفوقهم، هذا ويفضل أن

يتشابه الطلبة في هذا الصف وربما يكون في المدرسة أكثر من صف خاص يجمع فيه الطلبة الموهوبين والمتفوقين حسب مستويات أو مجالات تميزهم.

يعتبر تجميع الطلبة الموهوبين والمتفوقين في صفوف خاصة ضمن المدارس العادية من أكثر الممارسات انتشاراً في مجال تعليم هذه الفئة من الطلبة، وقد استخدم هذا الأسلوب في دول كثيرة وبترتيبات إدارية محلية على مستوى المدرسة نفسها منذ سنوات طويلة ولا يزال، لكن تجدر الإشارة إلى أن التجميع في السابق كان يتم على أساس محك التحصيل الأكاديمي وترشيحات المعلمين فقط، أما الآن فيتم عن طريق عدد من المحكات (جروان، 191:2002).

أشكال الصفوف الخاصة بالموهوبين:

1. الصفوف المستقلة بذاتها **Self-Contained Classes**: ويقوم هذا النوع من البرامج بتوفير فرص للطلبة باستمرار الاحتكاك مع مجتمع الدراسة الأكبر في أوقات ومناسبات كثيرة داخل حرم المدرسة، وفي الوقت نفسه تهيئة مناخ مناسب لطبيعة احتياجات الطلبة الموهوبين والمتفوقين، ويتم اختيار الطلبة في هذه الصفوف على أساس أدائهم على المحكات التي تقررها إدارة المدرسة ويبقى الطلبة في المدرسة طوال اليوم الدراسي وعلى مدار السنة الدراسية يدرسون جميع المقررات معاً، ويتم اختيار هؤلاء الطلبة من نفس المدرسة ومدارس مجاورة وتقوم واحدة من المدارس باستضافة جميع الطلبة، ويناسب هذا الأسلوب في تجميع الطلبة، المرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية، ولا يناسب المرحلة الثانوية لأن قدرات الطلبة واهتماماتهم تتبلور بصورة كبيرة وأكثر وضوحاً.
2. الصفوف المرحلة **Pull-Out Classes**: وفي هذه الصفوف يتم سحب الطلبة الموهوبين والمتفوقين من صفوفهم المعتادة في أوقات معينة خلال اليوم الدراسي لممارسة نشاط معين أو دراسة مقرر ما ثم يعودون بعده إلى صفوفهم الأصلية.

ومن المشكلات التي قد تواجه طلبة الصفوف المرحلة صعوبة التوفيق بين واجبات المدرسة والصف العادي، وعدم القدرة على القيام بالمهمات المطلوبة منهم على المستوى نفسه من الأداء (جروان، 2002: 193).

د- البرامج المدرسية الإضافية:

في هذا النوع من البرامج، يداوم الطلبة الموهوبون والمتفوقون في صفوفهم العادية خلال اليوم المدرسي مع أقرانهم من غير الموهوبين والمتفوقين ثم يداومون مساءً أو بعد انتهاء البرنامج العادي لتلقي خدمات تعليمية إضافية في مجالات أو موضوعات مدرسية. ويمكن أن يكون هذا البديل متبايناً حسب حاجة الطلبة، فربما يكون على شكل يومي أو عدد من أيام الأسبوع فقط.

هـ- نوادي الهوايات:

يمكن أن تنمى مواهب وقدرات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عن طريق تشكيل ما يسمى بنوادي الهوايات أو انخراط هؤلاء الطلبة بتلك النوادي إن وجدت سواء على صعيد المدرسة أو المجتمع المحلي بالتنسيق مع المدرسة، وفي النوادي تتاح للطالب الفرصة للممارسة هواياته وقدراته والتعبير عنها بحرية بعد توفير الخبرات اللازمة لتنمية هواياته وقدراته بعد اختيار النادي أو النوادي التي تتلاءم مع مجال تميزه.

و- المخيمات الصيفية:

تستثمر العطلة الصيفية للطلبة الموهوبين والمتفوقين بتزويدهم بخبرات جديدة لا تتوافر لهم خلال العام الدراسي، وذلك عن طريق تجميع هؤلاء الطلبة في مخيمات ذات طبيعة تربوية.

ز- الالتحاق المتقدم:

وفي هذا البديل يمكن أن يتم به تزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين بخبرات جديدة ومتقدمة بمستوى الخبرات التي يتلقاها طلبة الجامعة، ويمكن بناءً على ذلك أن يحصل الطالب على عدد من الساعات المعتمدة التي تدرّس في الجامعة (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 433).

ح- التدريس الخارجي:

يمكن أن يوفر للطلبة الموهوبين والمتفوقين مدرسون ضيوف من خارج النظام المدرسي ممن لديهم معلومات وفيرة وخبرات غنية يقومون بإطلاع الطلبة عليها بحيث توفر لهم فرص التفاعل مع هؤلاء الخبراء.

ط- الندوات:

وهي إحدى أشكال برامج الإثراء التي يشترك فيها أكثر من مختص ويعطى الطلبة الموهوبون والمتفوقون الفرصة الكافية لحضور تلك الندوات والتفاعل مع الخبراء، وهذا البديل يمكن أن يكون مناسباً للمدارس الصغيرة والريفية.

ي- التدريس الفردي:

في هذا البديل، يوفّر للطالب الموهوب أو المتفوق تعليماً فردياً يقوم به معلم أو مختص من المجتمع المحلي.

ك- مسابقات على مستوى الدولة:

وهذه البرامج تنفذ كل أو بعض الأنشطة كالصفوف داخل المدرسة أو خارج المدرسة والمسابقات الإبداعية، والشبابية، بالإضافة إلى الدراسات الفردية والبرامج الخاصة وبرامج تعليم المهنة وبرامج المكتبات وبرامج المسابقات الهادفة، وهذه البرامج تهدف لرفع مستوى موضوعات أو موضوع معين في المنطقة أو الدولة لخدمة أغراض تقدم النمو والتطور في البلاد (السرور، 71: 2003).

ل- المدرسة الخاصة بالموهوبين والمتفوقين:

ويتضمن هذا البديل، التعرّف والكشف عن الموهوبين والمتفوقين في المدارس المختلفة ونقلهم إلى مدرسة خاصة، تستند أساساً على تلبية احتياجات مثل هؤلاء الطلبة، وفي هذه المدرسة يكون جميع الطلبة ممن يرشحون على أنهم يمتلكون مواهب أو جوانب تفوق في مجال أو أكثر، ويقوم بتدريسهم معلمون مختصون في تعليم الموهوبين والمتفوقين (Renzulli & Olenchak, 1989).

إن أول ما تبادر إلى ذهن القيمين على التربية والتعليم إيجاد مدرسة خاصة بالأطفال الموهوبين بحيث يتواجد الأطفال فيها من حيث المستوى العقلي الممزوج بالقدرة على التكيف والاستقرار النفسي بحيث تتمكن هذه المدرسة من تحقيق ما يلي:

- خلق التجانس العقلي المتقارب بين الأطفال الموهوبين.
- وضع صفوف معينة حسب المستوى الفعلي.
- التمكن من إيجاد الأخصائيين القادرين على القيام بإنجاح هذه المهمة.

(خوري، 2002:43)

ويقصد بالمدارس الخاصة تلك المدارس التي تقبل الطلبة الموهوبين والمتفوقين دون غيرهم في مجال أو أكثر على أساس مستوى أدائهم في واحد أو أكثر من محكات الاختيار التي يفترض أن تكون منسجمة مع طبيعة الخدمات التي تقدمها. وقد تكون هذه المدارس حكومية أو أهلية تتولاها مؤسسات خيرية، ويحق للطلبة الموهوبين والمتفوقين التنافس على الفوز بمقعد فيها بغض النظر عن إمكاناتهم المادية، وقد تكون خاصة يقتصر القبول فيها عموماً على الطلبة المقتدرين على تحمل نفقات الدراسة (جروان، 2002:189).

أما البرنامج المفترض وضعه في هكذا مدارس يكمن في تنفيذه عبر الأطفال أنفسهم، ولذلك فالصفوف في مجملها صفوف حرة شبيهة بالعمل في المعمل بحيث يقسم الأطفال في الصف الواحد إلى مجموعات لكل منها هوايتها وعملها الخاص بها سواء كان ذلك في مجال الرياضيات، أو العلوم أو الفن، أو اللغات، أو سواها، وهذه المدارس على ندرتها وقلتها حتى في الدول المتقدمة خير دليل على مدى تواجدها لأن المجتمع عادة لا يتقبل مدارس النخبة (خوري، 2002:44).

إيجابيات المدارس الخاصة بالموهوبين:

1. توفر المدرسة الخاصة بطبيعتها مناخاً إيجابياً داعماً للتميز والإبداع.
2. تقليل فرص شعور الطلبة الموهوبين بأنهم غرباء في الصفوف العادية.
3. تصميم المناهج لتستجيب لحاجات الطالب الموهوب والمتفوق.

4. الكفاءة العالية لدى معلمين الموهوبين في مجال تخصصهم.

(جروان، 190: 2002)

سلبيات المدارس الخاصة بالموهوبين:

1. حرمان فئة كاملة من الطلبة من فرص التنافس داخل الصف العادي.
2. لها بعد انفعالي سيئ على الطالب المتميز.
3. يعيش الطالب في المدرسة الخاصة ضمن مجتمع مثالي، ثم يخرج للعالم العادي فيواجه صعوبة في التكيف معه.
4. شعور الطالب في المدرسة الخاصة أنه مماثل في قدراته لبقية الطلبة في المدرسة.
5. عدم العدالة فيما يتعلق بصرف الأموال العامة على فئة معينة فقط.

(السرور، 2003: 70)

الخصائص الواجب توافرها في المنهاج الإثرائي:

هناك عدد من الخصائص يجب أخذها بعين الاعتبار عند بناء منهاج إثرائي للطلبة الموهوبين والمتفوقين أهمها:

1. يجب أن يكون المنهاج الإثرائي امتداداً للمنهاج العادي.
2. يجب أن يتضمّن المنهاج الإثرائي نشاطات للدراسة الحرة.
3. يجب أن يركّز المنهاج الإثرائي على عمليات التفكير العليا.
4. يجب أن يشارك المعلمون في تطويره.
5. يجب أن يحقق المنهاج الإثرائي تكاملاً بين الأهداف المعرفية والانفعالية.
6. يجب أن يحدد المهارات والمعارف التي يجب أن يتعلمها الطلبة الموهوبون.
7. يجب أن يتصف المنهاج الإثرائي بالمرونة.

ثانياً: الإسراع (Acceleration)

"إن عدم التسريع في العملية التعليمية يعد مأساة عالمية"، هذه الجملة التي افتتح بها (ستانلي) في الكلمة التي ألقاها في المؤتمر السادس للموهوبين والمتميزين الذي

عقد في مدينة سان فرانسيسكو عام (1976) ويوضح ستانلي مقولته بأن الطالب المتميز في الصف العادي يواجه الكثير من الإحباطات والملل، إضافة إلى أن البرامج الإثرائية الخاصة لا تلبي قدرات وحاجات الطلبة المتميزين، إذ إنها مصممة لتستفيد منها فئة قليلة من الطلبة.

وكما هو الواضح إن التسريع أسلوب عملي، وهو السماح للطلبة بالتحرك بالجدول الذي يريحهم، ويستطيعون أن يتفقوا فيه، وهذه الطريقة أفضل من أن يعودوا في الفصل العادي، كما أن التعلم فيه تنظيم وقت التعلم ليقابل قدرات الطالب الفردية، لأنه يقود إلى التفكير الإبداعي والعمل ضمن المستوى المتقدم، لأنه يمكنهم في أن يلتحقوا بمرحلة تعليمية ما في عمر زمني أقل من المعتاد، أو اجتياز مرحلة في مدة زمنية أقل من الطلبة العاديين (زحلوق، 2000).

إذن، نستطيع أن نقول إن التسريع مبني على الكفاءة وليس العمر وهذا هو المعيار لتحديد متى يمكن للفرد الوصول إلى منهاج معين.

فالتسريع يعني: إتاحة الفرصة للطالب القادر على إتمام المناهج المدرسية المقررة في مدةٍ أقصر أو عمر أصغر من المعتاد بحيث يتضمن تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات تعليمية تعطى عادةً للأطفال الأكبر منه سناً، ومن الجدير ذكره أن برامج الإسراع هي من أقدم الممارسات التربوية مع الطلبة الموهوبين والمتفوقين وقد سبقت برامج الإثراء بفترة ليست بسيطة.

مبررات التسريع:

يشير التربويون أن هناك أسباباً منطقية ونفسية للتسريع:

أ. إذ تكمن الأسباب المنطقية في أن درجة التقدم في البرامج التعليمية يجب أن تكون حسب سرعة استجابة المتعلم لها، وبذلك يكون ملبياً للفروق الفردية في مجال القدرات والمعارف.

ب. أما الأسباب النفسية فتعود إلى:

1. أن عمليات التعليم هي مجموعة عمليات متطورة.

2. أن هناك فروقاً فردية في التعليم بين الأفراد في أي عمر زمني.
3. تشخيص الصعوبات التي يعاني منها المتعلم ومعالجتها (السرور، 73: 2003).

ويشارك الظاهر (2005) الباحثين الآخرين في أن من مبررات استخدام أسلوب التسريع في برامج الموهوبين ما يلي:

أ. تجنب الهدر الكبير الذي يحدث عند بقاء الطالب الموهوب في الصف العادي، حيث إن الفترة التي يقضيها هذا الطالب طويلة قد تصل إلى حوالي أكثر من (25) سنة قبل أن يصبح قادراً على العطاء الاحترافي ويؤثر في حياة مجتمعه.

ب. المردود الاقتصادي العائد على المجتمع جراء تطبيق هذه الاستراتيجية وينهي بعض الموهوبين حياتهم الدراسية في سنوات أقل ويشاركون في الحركة الاقتصادية للبلد.

ج. استغلال الموهوبين أنفسهم لميولهم مبكراً الأمر الذي يفسح المجال أما استقلاليتهم وتخرجهم المبكر، وتكوين أسر، وبالتالي ينعكس ذلك انفعاليا واجتماعياً واقتصادياً على الفرد والجماعة.

د. إن التخرج المبكر للطالب سينعكس إيجاباً على تقديره لذاته وتحقيقه لطموحاته، وأن إنتاجه العلمي يكون أوفر في مقتبل العمر، فيستفيد ويفيد وهو لازال في ريعان الشباب.

هـ. مظاهر الحيوية والنشاط والتحفز الدائم التي تظهر على الموهوبين المسرعين نتيجة تملكهم لزمام القيادة التربوية لأنفسهم والتحرك في طلب العلم بالسرعة التي تريحهم وتبعدهم عن الملل والضجر والرتابة التي تعم الصفوف العادية.

و. للتسريع مردود إيجابي على مفهوم الذات للموهوب، حيث إن قدرته على تحمل التحدي الذي يفرضه هذا الأسلوب تجعله يكتشف قدراته الحقيقة ويفهم ذاته بشكل أفضل لتمكنه مما يقوم به من أعمال بحسب رغبته.

العناصر الأساسية الواجب توافرها لتطبيق التسريع:

كشفت الأبحاث في مجال التسريع عن ثلاثة عناصر أساسية يجب توافرها وهي:

أ. الفلسفة المرنة فيما يتعلق بعمر الطالب والبديل التربوي المناسب له.

ب. تطبيق الاختبارات بهدف التأكد من وجود حاجة للتسريع.

ج. الالتزام القوي والتام من قبل المعلمين والإدارة تجاه أنظمة التسريع.

.(Hallahan & Kauffman,2003: 478)

أشكال وبدائل تنفيذ برنامج التسريع:

هنالك العديد من الأشكال والبدائل لتنفيذ برنامج التسريع أهمها:

أ- **القبول المبكر في المدرسة:**

ويعني السماح للطفل بدخول الصف الأول الابتدائي قبل أقرانه الآخرين متوسطي الذكاء، فعلى سبيل المثال إذا كان العمر القانوني لدخول الصف الأول هو (6) سنوات فإنه يسمح للطالب الموهوب أو المتفوق الالتحاق بالصف الأول في سن (5) سنوات مثلاً.

وقد وضعت (Rimm,1985) شروطا للقبول المبكر في رياض الأطفال ومنها:

1. من يحصل على درجه عالية من الذكاء.
2. تآزر بصري حركي جيد، ولا داعي للتشديد إذا كان الطفل يستخدم السكين بشكل جيد ويكتب ويرسم.
3. النضج الاجتماعي والانفعالي، والتكيف الاجتماعي المدرسي.
4. استعداد جيد للقراءة.
5. صحة جيدة لأن الطالب الذي بصحة جيدة من المحتمل أن ينجز الأعمال المدرسية بشكل جيد.
6. الجنس: فعلى الرغم من أن كل طالب يجب أن يعامل بشكل فردي، إلا أن البنات أكثر نضجاً من الذكور ويعد النضج الجسمي مهماً في هذا المجال.

ب- تكثيف المنهاج:

ويعني اختصار المدة المقررة لتغطية المنهاج في الصف العادي بنسبة لا تقل عن (25٪) كأن تعطى مناهج موضوع مقرر في الست سنوات الأولى من المرحلة الأساسية في أربع سنوات إذا توافر عدد كافٍ من الطلبة الموهوبين والمتفوقين في المدرسة.

ج- تخطّي الصفوف (الترفيع الاستثنائي):

ويتم فيه ترفيع الطفل الموهوب أو المتفوّق إلى صف أو صفوف أعلى من الصف الذي يفترض أن ينتقل إليه، فإذا أنهى الطفل الثاني الابتدائي مثلاً، فإنه وبناءً على تميّزه وتفوّقه الواضح مقارنة بأقرانه متوسطي الذكاء يمكن أن يرّفع إلى الصف الرابع مثلاً أو الخامس وهكذا.

المشكلة في تخطّي الصفوف:

1. فقدان الطالب لمهارات أساسية كالقراءة والحساب، وقد تؤدي هذه الحالة إلى أن الطالب قد لا يستمر في الحصول على درجات مرتفعة، ينظر لنفسه أنه أقل قدرة من زملائه، ويفقد المتعة والدافعية للتعلم.
2. صعوبة التكيف الاجتماعي مع الأقران، فهناك عدد من المربين والمعلمين لا يؤيدون التسريع بقفز الصفوف، ويعزون ذلك إلى المشاكل التي يتعرض لها الطلبة في التكيف الاجتماعي، ولكن نتائج بعض الدراسات تشير إلى أن الطلبة المسرعين لا يعانون من مشاكل في التكيف وإن الذين يعانون منها تكون لديهم مشاكل في التكيف في الأصل قبل التسريع.

أساليب الحد من مشكلات تخطّي الصفوف:

وللحد من المشكلات المتصلة بقفز الصفوف، لابد من اتباع الاقتراحات التالية:

1. الذكاء المرتفع لدى الطالب.
2. عدم قفز الطالب أكثر من صف واحد.
3. تشخيص الفجوات التعليمية لمساعدة الطالب على تعلم أية مهارات أساسية مفقودة.

4. حل المشكلات الاجتماعية المتعلقة بالقفز من قبل المعلمين والمرشدين والأقران.
5. الأخذ بعين الاعتبار كلاً من القدرات العقلية للطالب والتكيف الاجتماعي له في الصف الحالي.
6. اتخاذ قرار قفز الصفوف بشكل فردي، أي لكل طالب على حدة مع الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:
   - النضج الجسمي للطالب.
   - الاتزان الانفعالي.
   - الدافعية.
   - القدرة على العمل والتحدي (الداهري، 2005: 54).

د- القبول المبكّر في الجامعة:

ويتم فيه التحاق الطالب الموهوب أو المتفوق في الجامعة في عمر مبكر دون الحاجة إلى إنهاء السنوات المدرسية المقررة العادية، إذ يمكن أن يلتحق الطالب بالجامعة قبل إنهائه الثانوية أو عند بدايتها أو حتى قبلها وذلك اعتماداً على قدرات الطالب، من هنا فإن مراجعة شروط قبول الطلبة في الجامعات يعتبر شرطاً أساسياً لتنفيذ هذا الشكل من التسريع.

هـ- تسريع القبول المزدوج:

وهو قبول الطالب جزئياً في الجامعة أثناء التحاقه بالمدرسة الثانوية لدراسة مقررات جامعية تحسب له عند دخول الجامعة بصورة نظامية أو قبول الطالب في المرحلة الثانوية ليوم أو يومين في الأسبوع بينما يقضي باقي الأيام في المدرسة.

و- تسريع المحتوى:

وهو نوع محدد من التسريع يتم فيه توفير الفرصة للطالب الموهوب أو المتفوق أن يستمر في التزوّد بخبرات من نوع معين يتعلق بمجال موهبته أو تفوقه والتي تتضمنها الصفوف الأعلى من صفه (Davis, 1994).

فوائد التسريع:

1. زيادة المتعة للتعلم والحياة، وتخفيض الملل من المدرسة.
2. تعزيز وتطوير الشعور بقيمة الشخص وإنجازه.
3. الحد من شعور المتميزين بالتعالي وأنهم النخبة.
4. الحصول على تعلم أفضل من التعلم العادي.
5. تحسين فرصة قبولهم في جامعات عريقة لمؤهلاتهم الجيدة.
6. يتخرجون من الجامعة مبكراً.
7. توفير الكثير من الأموال على الآباء.

دور المدرسة في تقديم الخدمات والإرشادات اللازمة للطالب المسرع:

1. تقديم تهيئة نفسية للطالب.
2. معاملة الطالب بشكل طبيعي.
3. تقديم التسهيلات الأكاديمية للطلبة المسرعين.
4. إشراك الطالب في الأنشطة اللامنهجية كأي طالب آخر.
5. تقديم التسهيلات الممكنة من أمين المكتبة وقيم المختبر، واستغلاله لكافة مرافق المدرسة حسب الحاجة.
6. توعية المعلمين بخصائص الطالب الموهوب وحاجاته وقدراته وطرق استثارة هذه القدرات وتنميتها.

دور الأسرة في برنامج التسريع الأكاديمي:

1. الاتصال المستمر والتنسيق الكامل مع المدرسة في مختلف الأمور المتعلقة بالطالب.
2. تقديم تسهيلات مناسبة للطالب مثل تكييف الأسرة بشكل مناسب ليستعد للبرنامج الدراسي المكثف.
3. أن تكون توقعات الأسرة ضمن المستوى الطبيعي والواقعي للطالب.
4. الوعي والتنبه للمشكلات التي يعاني منها الطالب.

وأخيراً من المهم أن تعي المدرسة والأسرة والعاملون فيها الدور الحقيقي الذي يترتب عليهم اتجاه الطالب المقرر تسريعه بما يضمن مصلحة الطالب ومصلحة العملية التعلمية والتعليمية في المدرسة وإنجاح البرنامج الذي يهدف إلى خدمة الوطن وأبنائه والرقي بالمجتمع والنهوض به ليلحق ركب التقدم العالمي.

(دليل الطلبة المتميزين، مديرية التربية الخاصة، عمان)

ثالثاً: أساليب تجميع الموهوبين Grouping

التجميع نظام متبع في برامج الموهوبين يُسمح فيه بتعليم الموهوبين ذوي الاستعدادات المتكافئة والميول المتقاربة، والاهتمامات الخاصة المتشابهة أو المشتركة في مجموعات متجانسة أو غير متجانسة، لتحقيق أكبر قدر ممكن من التقدم الأكاديمي في دراستهم، والنمو لمواهبهم، وتتبنى هذه الاستراتيجية على أساس أن وجود الطالب الموهوب في بيئة تعليمية مع نظراء له أو أنداد يماثلونه في الاستعدادات العقلية العالية، ويشاركونه الاهتمامات والميول، بغض النظر عن عامل العمر الزمني، يولد لديهم مزيداً من الاستثارة والدافعية والتنافس.

وقد أكد كيرك وزملاؤه أن الهدف من تجميع الموهوبين وتعليمهم معاً هو تهيئة الفرص لكي يتفاعلوا ويستثاروا عن طريق نظرائهم عقلياً، والتقليل من مدى التباين في القدرات والمستويات الأدائية من خلال مجموعات متكافئة، بحيث يسهل تزويدهم بالمواد والخبرات التعليمية المناسبة عن طريق معلمين لديهم الخبرة والمهارة اللازمتان للعمل مع هؤلاء الطلبة، وفي مجال المحتوى الذي يتم تقديمه لهم (Kirk, et al., 1997).

هذا، ولقد دار كثير من الجدل حول أفضل هذه النظم تربوياً وعلمياً وفلسفياً، هل هو نظام المدارس الخاصة؟ أم نظام الصفوف الخاصة؟ أم تجميع الطلبة في جماعات خاصة؟ أم جماعات الميول والنوادي؟ أم غير ذلك؟ والسبب في ظهور مثل هذا الجدل هو أن لكل خيار من خيارات التجميع محاسنه ومساوئه، وأن لكل منهم أنصاره ومؤيديه ومعارضيه؛ غير أن الخيارات كافة تبقى مفتوحة أمام المطبقين بحسب

الإمكانات المتوافرة ومدى الحرص عند التخطيط والتنفيذ لبرامج رعاية الموهوبين (المعايطة والبواليز، 2003).

كما أن الجدل لحق مبررات استخدام مثل هذه الأساليب في رعاية الموهوبين. فمؤيدو استخدام التجميع لهم مبررات عدة منها:

1. أن التجميع يتيح للموهوبين الفرص لتكريس كل طاقاتهم للدراسة والبحث والتحصيل بتركيز أكبر وفقاً لبرنامج تعليمي يتوافق مع استعداداتهم الخاصة.
2. أن التجميع يولد لديهم المزيد من الاستثارة والتنافس والنشاط المستمر في جو تسوده الندية والتكافؤ.
3. أن التجميع يتيح لهم تكوين مفاهيم واقعية عن ذواتهم من خلال احتكاكهم وتفاعلهم من أنداد يماثلونهم من حيث الطموح والدافعية وسرعة التعلم.

أما معارضو هذا الاتجاه فيتعللون بأن عزل الموهوبين يؤدي إلى حرمانهم من فرص التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين، ويعزز شعورهم بالتعالي والغرور، وقد يخلق ذلك لدى الطلبة العاديين الشعور بالدونية والغيرة والتبرم وعدم تكافؤ الفرص، علاوة على حرمان العاديين من فرص التنافس مع أقرانهم الموهوبين.

بدائل التجميع:

أ- المدارس الجاذبة Magnet Schools:

هذا النوع من المدارس ليس مخصصاً فقط للموهوبين بل أيضاً للطلبة العاديين الواعدين في مجال معين من المجالات المهنية، حيث تعرض هذه المدارس فرص تدريب مهني في الفنون، الرياضيات، العلوم، إدارة الأعمال، التجارة والاقتصاد، الحاسوب، .....إلخ، وقد تحدد المدرسة هذه كمدرسة " نموذجية " يتسابق إلى التسجيل فيها الطلبة من كافة أنحاء المدينة نظراً لما تحويه من إمكانات لا تتوافر عادة في المدارس العادية، وكذلك نوعية التدريب المهاري الذي تقدمه لطلبتها دون غيرها من

المدارس. ومما يميز هذه المدارس أنها تسعى إلى إكساب الطلبة بعض الخبرات العملية أثناء سنوات الدراسة بها عن طريق خلق فرص تدريب ميدانية لهم في مجالات العمل المتوافرة في المدينة لاكتساب الخبرة من ناحية وتوفير مصدر مادي لهم من ناحية أخرى، مثل هذا الخيار مناسب جداً للطلبة ذوي الميول المهنية الواضحة لكونه يسعى إلى تلبية الحاجات الخاصة بهم.

ب- المدارس الخاصة للموهوبين Special Schools for the Gifted:

يقصد بالمدارس الخاصة للموهوبين تلك المدارس التي تقبل الموهوبين دون غيرهم من الطلبة، وذلك على أساس أدائهم التحصيلي وتميزهم في مجال أو أكثر من المجالات المعرفية، كالرياضيات والعلوم مثلاً. وتعتبر هذه المدارس خياراً مناسباً جداً للمناطق التعليمية ذات الكثافة الطلابية العالية، حيث تخصص إحدى المدارس الابتدائية أو المتوسطة أو الثانوية بأكملها للطلبة الموهوبين، يقدم فيها المنهاج العادي المقرر من قبل المنطقة التعليمية بالإضافة إلى خبرات الإثراء والتسريع في المجالات المعرفية والفنية والعلمية، ومواطن تطوير الشخصية. **وتتميز المدارس الخاصة بالموهوبين بما يلي:**

1. توفر المدارس الخاصة بالموهوبين مناخاً إيجابياً داعماً للتميز والإبداع، وذلك لأن التوجه العام لإدارتها ومعلميها وطلبتها وأولياء الأمور محكوم دائماً بمعايير التميز والتطوير في جميع جوانب العملية التربوية.
2. تقليل فرص شعور الطلبة الموهوبين بأنهم أشبه بالغرباء أو المنبوذين من قبل زملائهم العاديين، ذلك أن مدارس الموهوبين تقبل طلبة بنفس القدرات والميول والاتجاهات، لذا يكون التجانس قريباً جداً.
3. تصميم المناهج في هذه المدارس يستجيب لحاجات الموهوبين ويتحدى قدراتهم حتى لا تتكرر مآسي الضجر والملل التي يمر بها الموهوبون في المدارس العادية.

4. كفاءة الهيئتين الإدارية والتعليمية عالية جداً وعلى علم ودراية بسبل التعامل السليم مع الموهوبين، ولهم اتجاهات إيجابية نحو تعليمهم، مما يقلل فرص عدم التوافق أو مصادر الضغوط على الموهوبين التي يشعرون عادة في المدارس العادية.

أما سلبيات هذا الاتجاه في الرعاية فتشمل:

1. احتمالية أن يعيش الطلبة في ظل هذا النظام في عالم غير واقعي وأن يتصوروا أنهم عندما يخرجون للمجتمع سيجدون نفس الاهتمام والتقدير والرعاية والتجاوب، فيصدمون بواقع غير واقعهم.
2. تعريض الموهوبين لضغوط شديدة ترافق عملية التنافس بسبب ارتفاع وتيرة التحديات الأكاديمية والانفعالية.
3. ارتفاع الكلفة المادية لدراسة الطالب مقارنة بنظيره في المدرسة العادية.
4. حرمان الموهوبين من تطوير قاعدة معرفية عامة إذا كانت تركز المدرسة على تطوير قدرة معينة أو مجال تخصصي معين (جروان، 2002، الشربيني وصادق، 2002).

ج- المدارس الأهلية **Private Schools**:

تتميز بعض المدارس الأهلية بمرونة كبيرة في النظم الإدارية والفنية تسمح بعملية التسريع للطالب الواعد، كما أن هذه المدارس يكون بها إمكانات في المختبرات والمعامل والمكتبات لا تتوافر عادة في المدارس العادية، علاوة على قلة عدد الطلبة في الصف الواحد، كل ذلك يجعلها خياراً مناسباً لاستقطاب الموهوبين من كافة طبقات المجتمع.

د- مدرسة ضمن مدرسة **School-Within-School**:

هذا الخيار شبيه بالفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية، حيث تستضيف المدرسة العادية مدرسة الموهوبين الخاصة بكامل هيئتيها الإدارية والفنية لتستفيد من الإمكانات المتاحة في المبنى، وهنا يقوم أساتذة متخصصون بتعليم الموهوبين المواد

الأكاديمية، بينما يندمج الموهوبون مع أقرانهم العاديين في النشاطات اللامنهجية واللاصفية.

هـ- الصفوف الخاصة Special Classes:

لهذا النوع من التنظيم عدة أشكال بحسب الحاجة، فقد يحدد فصل من فصول الصف الدراسي لكافة الطلبة الموهوبين في ذلك المستوى أو العمر الزمني، بحيث يدرسون أساسيات ذلك الصف بالإضافة إلى إثرائهم وتنمية بعض المهارات لديهم، كمهارات التفكير الابتكاري، مهارات اتخاذ القرار، مهارات التفكير الناقد، وفي المرحلة الثانوية يمكن تخصيص فصل خاص لدراسة بعض المقررات الجامعية المتخصصة، كما أن هناك فصولاً تخصص للدراسة الحرة والمقررات الاختيارية يُجمع فيها الموهوبون في هيئة حلقة بحث للمناقشة والتشاور وعرض الآراء.

و- المجموعات غير المتجانسة الدائمة Full-Time Heterogeneous Groups:

تضم هذه المجموعات ما يلي:

1. فصول الأعمار المتعددة. Multi-age Classrooms
2. المجموعات العنقودية. Cluster Groups
3. الدمج. Mainstreaming

في **النوع الأول** تقوم المدرسة بدمج مجموعة من صف معين مع مجموعة أخرى من صف آخر، مثلاً: مجموعة من الطلبة الموهوبين بالصف الرابع الابتدائي مع مجموعة من الطلبة الموهوبين بالصف الخامس، بحيث يتفاعل الأصغر سناً مع الأكبر سناً ويستفيدون من خبراتهم عندما يدرسون سوياً بعض الخبرات الأكاديمية ذات الاهتمام المشترك أو المهارات المطلوب، كمهارات التفكير المختلفة.

أما **النوع الثاني** فله أيضاً أشكال مختلفة تضم:

- وضع مجموعة من الطلبة الموهوبين في صف خاص.
- وضع مجموعة من الموهوبين في صف الإسراع أو صفوف الشرف.
- وضع مجموعة من الموهوبين (5 ـ 10 طلاب) في صف للعاديين.

أما النوع الأخير فهو معمول به بشكل طبيعي حيث يتم إبقاء الموهوبين في الصفوف العادية مع أقرانهم العاديين، ويتم إثراؤهم بخبرات مناسبة لقدراتهم وتلبي حاجاتهم الخاصة، أو أنهم يسرعون في موضوعات معينة يدرسونها مع أقرانهم العاديين في صفوف أعلى.

ز- المجموعات المؤقتة **Part-Time And Temporary Grouping**:

يضم هذا التنظيم ما يلي:

1. برامج السحب. Pullout Programs
2. برامج غرف مصادر التعلم. Resource Programs & Resource Rooms
3. الفصول المؤقتة. Part-Time Special Classes
4. مجموعات الميول الخاصة (الجمعيات) والنوادي. Special Interests Groups & Clubs

بالنسبة للخيار **الأول** فإنه شائع الاستخدام ومعمول به حتى مع غير الموهوبين، حيث يتم سحب الموهوب من الصف العادي لبعض الوقت للدراسة في صف أعلى من الذي هو مسجل به كنوع من الإسراع، أو ليعطى جرعات إثرائية في غرفة مصادر التعلم أو المعامل والمختبرات والورش.

أما **النوع الثاني** (غرف مصادر التعلم)، فهو موجود في معظم المدارس ليخدم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل خاص، والطلبة العاديين بشكل عام، وهو يستخدم للموهوبين لمتابعة تقصي قضية معينة أو مشروع تحت إشراف معلم غرفة مصادر التعلم أو معلم الموهوبين بطلب من معلم الصف الذي غالباً ما يكون مشغولاً في تدريس ومتابعة الطلبة العاديين. وهي تستخدم في برامج السحب لبعض الوقت.

وبالنسبة **للنوع الثالث**، الفصول الخاصة لبعض الوقت، فهي خيار لتجميع الموهوبين ذوي الميول والقدرات المتشابهة في فصل خاص لبعض الوقت خلال الأسبوع لدراسة موضوعات متقدمة أو لاكتساب مهارات لا تقدم عادة في الصف العادي.

أما النوع الأخير وهو مجموعات الميول والنوادي، فهو خيار سهل ومعمول به في المدارس حيث تنظم الجمعيات الأسبوعية في ميول معينة كجمعية اللغة الإنجليزية، جمعية الرياضيات، ... إلخ، لممارسة نشاطات إثرائية، وقد تتطور هذه الجمعيات إلى نوادٍ أدبية أو لغوية أو فنية أو علمية تقام فيها المسابقات وتطور فيها المهارات الشخصية للطلبة (Davis & Rimm, 1998).

رابعاً: غرفة المصادر الخاصة بالموهوبين

غرفة في المدرسة تستخدم لتنفيذ فاعليات وأنشطة للطلبة الموهوبين والمتميزين وفق خطة تربوية فردية لكل طالب يستخدم هذه الغرفة، تحدد الخطة حسب مجالات ألتميز عند الطالب واهتماماته، ويشكل مشرف غرفة المصادر وإدارة المدرسة ومعلمو المباحث المعنيون والمرشد التربوي وولي الأمر فريقاً يدعى فريق غرفة المصادر، من أبرز مهامه تحديد: آلية التحاق الطالب في غرفة المصادر، مستوى الأداء الحالي للطالب، البرامج التي سيتم تزويدها للطلبة كل حسب اهتماماته وقدراته.

ويرى بعض المهتمين بهذه الفئة أنه يمكن استخدام غرف المصادر لتزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين بخبرات إثرائية في مجال أو أكثر ولكن ليس في الصف العادي وإنما في غرفة مصادر في المدرسة، إذ يقضي الطالب فيها جزءاً من الوقت في اليوم يتزود خلالها بخبرات تزيد عن تلك التي يتلقاها أقرانه في الصف العادي، ثم يعود إلى صفه لتلقي بقية المواد والموضوعات الدراسية.

مبررات إنشاء غرفة المصادر:

تأتي فكرة إنشاء غرفة مصادر للطلبة الموهوبين المتميزين في كل المدارس معتمدة على المبررات الآتية:

1. الحاجة إلى مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة وإلى رعاية المواهب الأكاديمية الخاصة والمواهب الفنية وذوي القدرات العقلية العالية، والقدرات الإبداعية الخاصة.

2. بقاء الطالب الموهوب في مدرسته العادية يشجع الطالب المتوسط على تحسين أدائه بالإضافة إلى بقاء الطالب الموهوب والمتميز في بيئته الطبيعية.
3. الحاجة إلى الارتقاء في مستوى الأداء في المدارس على مستوى المنهاج والعاملين والطلبة لكي تستطيع تلبية احتياجات جميع الطلبة مهما اختلفت قدراتهم.

فريق عمل البرنامج:

1. مشرف لغرفة المصادر.
2. معلم واحد للتخصص المطلوب لتعليم جميع الطلبة المخدومين في الغرفة بالإضافة لتخصصه مع توافر بعض المواهب أو الاهتمامات الخاصة لديه (يفضل أن يكون المنسق ضمن مجال تخصصه).
3. تدريب جميع العاملين في المدرسة الواحدة بحيث يمكن أن يشكل المعلم العادي مصدراً يساعد على تدريس الطلبة مواضيع متقدمة ترتبط بمجال تخصصه.

الفئة المستهدفة:

المتميز والموهوب هو صاحب الأداء العالي مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها في قدرة أو أكثر من مجموع القدرات الآتية: القدرة العقلية العامة، الإبداعية، الفنية، القيادية، الأكاديمية الخاصة وتشكل نسبتهم حوالي (25 ـ 30٪) من مجتمع الصف، وتخدم هذه الغرفة الطالب المتميز من الصف (3 ـ 10) الأساسي، ويدرس الطلبة تسع ساعات أسبوعياً، يتم خلالها إثراء الموضوعات المقررة وحسب مجالات القدرة والتميز لدى الطالب واهتماماته وميوله من خلال تنفيذ مجموعة من البرامج الإثرائية والتطويرية.

(دليل الطلبة المتميزين، مديرية التربية الخاصة، عمان)

من خلال العرض السابق لمعظم أساليب وطرق رعاية الموهوبين كما وردت في أدبيات التخصص، يُلاحظ التنوع الواضح والمرونة، فعلى المسؤولين عن رعاية الموهوبين الأخذ بما هو أجدر بالتطبيق ضمن حدود الإمكانات المتاحة، مع ضرورة التخطيط السليم وتوفير الكوادر المؤهلة المدربة، فقد أكدت الدراسات والبحوث أن ليس كل معلم متميز يصلح لأن يكون معلماً للموهوبين، فوجود معلم رعاية الموهوبين يعطي انطباعاً بأن العناية بالموهبة جزءٌ مهمٌ لا يمكن تجزئته عن وظيفة المدرسة التربوية، وهو الأمر الذي يستدعي تكاتفاً وتعاوناً من جميع أعضاء المدرسة لإنجاح هذه المهمة. فمن طبيعة الموهبة أنها تبرز حيناً وتخبو حيناً آخر لأسباب كثيرة منها ما هو اجتماعي ومنها ما هو نفسي، لذا فوجود معلم متخصص متابع لهذا التطور والتغير أمر في غاية الأهمية لتعزيز مواطن القوة ومحاولة معالجة ما يمكن علاجه للحفاظ على هذه الموهبة متوهجة.

كما بينت الدراسات أنه ليس كل ما يعطى للموهوب من خبرات إضافية يُعد إثراء له. إن استخدام أي خيار مما سبق عرضه هنا محفوف بمخاطر جمة إلا إذا تم التخطيط السليم له، وأخذت في الاعتبار خصائص وحاجات الفئة المستهدفة، وكذا الإمكانات المادية والبشرية المتاحة.

لهذا فإن جميع تلاميذ المدرسة بحاجة إلى برامج خاصة وفرص تربوية متنوعة تبرز من خلالها مواهبهم المتعددة ويشعرون من خلالها بالرضى عن النفس وأن المدرسة مجال فسيح لا يقتصر على جانب واحد فقط من التفوق بل يستوعب جميع طاقاتهم وقدراتهم مهما كانت متنوعة.

الاتجاهات العامة السائدة في تربية الطلبة الموهوبين والمتفوقين:

لقد ظهرت العديد من الاتجاهات العامة الخاصة بتربية الطلبة الموهوبين والمتفوقين ويمكن تلخيص هذه الاتجاهات بثلاثة اتجاهات هي:

الاتجاه الأول: وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الموهوبين مع الطلبة العاديين في المدارس العادية.

الاتجـاه الثـاني: وهـو الاتجـاه الـذي ينـادي بفـصل الطلبـة الموهـوبين عـن الطلبـة العاديين ووضعهم في مدارس خاصة بهم.

الاتجاه الثالث: وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدارس العادية ولكن في صفوف خاصة بهم.

وتبدو مبررات الاتجاه الأول في ما يلي:

- المحافظة على التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية في الصف العادي، حيث يمثل ذلك التوزيع ثلاثة مستويات على الأقل من الطلبة في الصف العادي، وهي: المستوى المتفوق، والمستوى العادي، والمستوى الذي يقل عن المستوى العادي.
- المحافظة على التفاعل الاجتماعي في الصف العادي، بين ثلاثة مستويات من القدرة العقلية وما يولده ذلك التفاعل الاجتماعي من فرص تنافسية.

أما مبررات الاتجاه الثاني فإنها في ما يلي:

- إعـداد الكفـاءات والكـوادر العلميـة المتخصـصة في المجـالات الاقتـصادية والعلمية، والاجتماعية.
- إعداد القيادات الفكرية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية... إلخ.
- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

أما مبررات الاتجاه الثالث فتبدو في ما يلي:

- المحافظة على التفاعل الاجتماعي بين مستويات الطلبة العقلية الثلاثة في المدرسة العادية، وما يولّد ذلك التفاعل من فرص تنافسية حقيقية بين الطلبة في المجالات المختلفة.
- إعداد القيادات الفكرية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية...إلخ.
- إعداد الكفاءات والكوادر العلمية المتخصصة في المجالات المختلفة.
- تـوفير فـرص الإبـداع العلمـي للطلبـة الموهـوبين في المجـالات المختلفـة (صبحي، 1994، ص: 97 ـ 98).

إرشادات للمعلم لمساعدة الطالب الموهوب أو المتفوق داخل الصف العادي:

إن استراتيجيات تقديم المساعدة للطفل الموهوب والمتفوق داخل الصف العادي من أكبر العوامل المساعدة في وقاية الطفل من التعرض للمشكلات الانفعالية والاجتماعية، لذا على معلم الصف العادي عند تعرّفه على طالب موهوب ومتفوق داخل صفه تقديم المساعدة لهذا الطالب عن طريق مراعاة بعض الأمور التالية:

1. عدم إجبار الطالب الموهوب والمتفوّق على أن يقوم بكل ما يقوم به الآخرون.
2. عدم مطالبة الطالب الموهوب أو المتفوّق بالتدريب على مهارات يتدرب عليها الآخرون في حين إجادته لها الإجادة التامة.
3. إسناد الأعمال الصعبة في الصف دوماً له إذا كان لديه الرغبة في ذلك.
4. إسناد الأدوار القيادية له إذا كان يرغب في ذلك.
5. عدم الحد من تقدمه في المنهاج إذا حاول ذلك.
6. توفير الأجواء المناسبة لأنشطة الطالب الموهوب وتوجيهه التوجه السليم.
7. عدم تعميم العقاب على طلاب الصف لتجنب إيذاء الطالب المتميّز في حالة عدم ارتكابه للذنب.
8. ضرورة معاملة الطالب الموهوب والمتفّوق بمودة واحترام، إذا ما رغب التعامل مع المعلم خارج الصف.
9. ضرورة مساعدته على تقبل مضايقات أبناء صفّه إذا ما حصلت، ومساعدته على أن يفهم أنه مختلف عن الآخرين وهذا الاختلاف يسبب له هذه المضايقات.
10. إسناد دور القيام بالمشاريع التعليمية المهمة له، والمعززة للمنهاج وإعطاؤه حرية الاختيار الموجه في حال اهتمامه بالقيام بالمشاريع الخاصة التي تعكس ميوله واهتماماته الخاصة.
11. إعطاؤه دور مساعدة الطلاب الضعفاء بشكل خاص، وإعطاؤه دور مساعد معلم ليعمل على مساعدة أي طالب في الصف إذا أبدى استعداداً لذلك.

12. مساعدته في تقبل الامتحانات بنفسيّة سليمة ومساعدته في الحد من خوفه من العلامة المدرسية وأهمية نتيجة الامتحان، وتدريبه في كيفية التعامل مع الفشل.
13. ضرورة مساعدة الطالب الموهوب والمتفوق في أن يقع في حب موضوع ما، وتوجيهه في تعلم هذا الموضوع كي يصبح مجالاً يعمل فيه في المستقبل ويعمل على تقدم هذا الموضوع في وطنه أو ليساهم في تعليم هذا الموضوع لطلاب صفة ومدرسته.
14. توفير بيئة مدرسية آمنة (السرور، 2003، ص: 252 ـ 253).

الفصل العاشر
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

- مقدمة.
- تعريف الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- نسبة الشيوع.
- فئات الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- خصائص الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- البرامج التربوية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- مجموعة حقائق عن البرامج التربوية المقدمة للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- الأسرة وتحصيل أبنائهم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- تكيّف الأسرة مع صعوبات التعلم لدى أبنائهم الموهوبين.
- دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم الموهوب ذي الصعوبة التعلمية.
- إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم الموهوب ذي صعوبات التعلم.

الفصل العاشر
البرامج التربوية والأساليب العلاجية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

مقدمة:

الموهوبون ذوو صعوبات التعلم يمثلون مجموعة مهمة من الطلبة الذين يتواجدون في النظام التربوي، فمفهوم "المتفوقون عقلياً والموهوبون ذوو صعوبات التعلم" (Gifted & Talented with Learning Disabilities)، قد برز بوضوح من خلال مؤتمر أقيم في جامعة جونز هوبكنز (Johns Hopkins University) بالولايات المتحدة عام (1981)، وخلص المشاركون في المؤتمر إلى حقيقة وجود هذه الفئة بما تنطوي عليه من خصائص نوعية متمايزة، وحاجات خاصة متفردة، وأساليب تشخيص وبرامج أكثر تفرداً (Fox, Brady & Fabin, 1983).

ففي الماضي كانت النظرة، وإلى فترة قريبة، بأنه من الصعب أن تجتمع الموهبة مع صعوبات التعلم، وأن يتزامن وجودهما في الوقت نفسه لدى فئة أو مجموعة من الطلاب.

وفي هذا الصدد يرى البعض أن صعوبات التعلم والموهبة هما أمران متعارضان، إلا أن الموهوبين ذوي صعوبات التعلم غير متعرف عليهم سواء في البيئة المدرسية أو المنزلية، وإنه من الصعب على المربين التعرف على هؤلاء الطلاب لأن صعوبات التعلم غالباً ما تحجب الموهبة لديهم، وبالمقابل، قد تحجب الموهبة أيضاً صعوبات التعلم للعديد من هؤلاء الطلاب.

والتناقض بين الإنجاز التحصيلي للطفل ومقدرته على التعلم، تبرز صعوبة التعلم، وهذا التناقض بين التحصيل والقدرة العقلية العامة هو مفيد ودقيق لغرض التشخيص، وينبغي مراعاة الأسباب البديلة لتدني التحصيل وتستثنى قبل عملية التشخيص (الإمام والجوالده، 2010 ـ د).

وعلى الرغم من أن تلك الفئة من الطلاب يبدون عاديين، كما أن آداءهم يبدو على نحو ملائم وعادي، إلا أنهم لا يتمكنون من توظيف قدراتهم بالقدر الذي تسمح به تلك القدرات، ومع تزايد متطلبات المقررات الدراسية عند انتقالهم من مرحلة إلى أخرى وعلى أثر انتقالهم من صف إلى آخر، وعدم تلقيهم الرعاية الملائمة في الوقت المناسب بسبب عدم التعرف عليهم، فإن الصعوبات التي يعانون منها يتزايد تأثيرها، وتزداد تبعاً لذلك مشكلاتهم الأكاديمية والمعرفية، بالإضافة إلى المشكلات الانفعالية والاجتماعية إلى الحد الذي يضعهم في عداد ذوي صعوبات التعلم، مع تجاهل إمكاناتهم وقدراتهم العقلية العالية والمتميزة (الزيات 2002).

ويرى القمش والجوالده (2012) أن الخدمات الخاصة للموهوبين ذوي صعوبات التعلم يجب أن تخضع لتقييم فردي لكل طالب على حدة، ولمنهج فردي من حيث إعداد برنامج تعليمي، لتساعد الطالب لمعالجة وتصحيح نقاط ضعفه، وهذا يمثل تعويضاً للطالب عن حالة عجزه وقصوره، وتُحقّق تنميةً لمواهبه كفرد له خصوصياته؛ وتحقّق له الانتباه والاهتمام بطاقاته، والتي افتقدها لوجود الصعوبة التعلمية لديه.

تعريف الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

(Gifted With Learning Disability)



هم الطلبة الذين تكون لديهم موهبة واضحة وبارزة في مجال واحد أو أكثر من المجالات المتعددة للموهبة، ومع ذلك فإنهم يعانون في الوقت ذاته من إحدى صعوبات التعلم يكون لها مردود سلبي عليهم، حيث تؤدي إلى تعثرهم في التحصيل المدرسي (عبدالله، 2003).

نسبة الشيوع:

ذكر تقرير مكتب برامج التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، أن أعلى النسب زيادة بين الأطفال هم ذوو الصعوبات التعليمية المحدّدة Specific Learning Disabilities (SLD) من الطفولة حتى عمر (21 سنة)، وأن عدد الأطفال من فئات التربية الخاصة الأخرى، يشكلون النسبة الأقل، وأن تصنيف الطلبة الذين هم في إطار (الصعوبات التعليمية المحدّدة) يصل إلى (5٪) من جميع الطلبة المسجلين في المدارس من الفئة العمرية (6 ـ 17) سنة.

وقد أشار المربيان شنور وستيفانيش (Schnur and Stefanich, 1979) أن الطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم هم أفراد:

- لديهم قدرات متميّزة وإمكانات كامنة استثنائية.
- قادرون على التحصيل والإنجاز العالي.
- تحصيلهم يكون مقبولاً مقارنة بأقرانهم.
- لا تبدو الموهبة لديهم بسبب حالة صعوبة التعلم التي يعانون منها.

لذلك فإنه بالضرورة أن تقدّم خدَمات خاصة له لأن أداءه وتحصيله يتساوى مع أولئك العاديين في الصف العادي، رغم أن قدراته العقلية تمكنه من الإنجاز بشكل أفضل من أقرانه.

وفي هذا الصدد يرى كل من وايتمور وميكر (Whitemore & Maker,1985) أن العجز أو الصعوبات التي تطمس أو تخفي أو تخفض جوانب الموهبة لدى الطلاب الموهوبين تتمثل في:

- قصور في الإدراك المعرفي.

- مشكلات في الاتصال أو التعبير أو المحادثة.
- صعوبات في تجهيز ومعالجة المعلومات.
- قصور في الجانب الانفعالي.

إن أكثر من (12٪) من مجتمع ذوي صعوبات التعلم هم من الموهوبين.
(Whitemore & Maker, 1985)

فئات الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

يشير الأدب السيكولوجي والدارسات السابقة التي أجريت في هذا المجال أن هناك ثلاثة أنماط من الموهوبين ذوي صعوبات التعلم (عبد الله، 2005؛ الزيات، 2002؛ Baum, et al., 2001):

أولاً: الموهوبون الذين لديهم صعوبات تعلم بسيطة

تمتاز هذه الفئة من الطلاب بالخصائص التالية:

- موهوبون حيث إنهم يمتلكون قدرات عقلية مرتفعة وبشكل واضح.
- يمتلكون قدرات خاصة تلفت نظر الآباء والمعلمين.
- التحصيل الأكاديمي المرتفع وخصوصاً في المرحلة الأساسية.
- يشاركون في البرامج المخصصة للموهوبين كالتسريع والإثراء.

وفي هذا الصدد تم إجراء دراسة طولية قام بها **ماشبيرن ومايرز (Mashburn;Myers, 2010)** دارت حول الطفولة المبكرة للذين يعانون من صعوبات تعلم، حيث بلغت عينة الدراسة (ن = 2000) طفلاً ومن خلال دراسة الحالة وتحليل الاستبيانات، التي تناولت مجالات التعليم، والتشخيص، والتقنيات، والخدمات المساندة، توصلت النتائج إلى وجود مجموعة كبيرة تعاني من الإعاقات الجسدية، ومجموعات أخرى من الأطفال يعانون من مشكلات في النطق واللغة، وتنوع كبير في الخبرات والتعليم خاصة فيما يتعلق بتلقي الخدمات، وأنواع من أساليب التدريس، والمدى الذي أدلى تعديلات على المناهج الدراسية للتعليم العام.

وعلى الرغم من تمتعهم بالخصائص السابقة فإنهم في العمل الأكاديمي يصبحون في نطاق الطلاب ذوي صعوبات التعلم غير المتوقعة وذلك للأسباب التالية:

- انخفاض قدرتهم على الهجاء أو القراءة أو الكتابة ورداءة خطهم.
- صعوبة التعرف عليهم باعتبارهم ذوي صعوبات تعلم.
- مع التقدم في الصفوف الدراسية ينخفض تحصيلهم الأكاديمي، مما يمثل تفاوتاً كبيراً بين قدراتهم المرتفعة وأدائهم الفعال.

إن عدم وجود أساليب فعالة للتعامل مع صعوبات التعلم، بالإضافة إلى أنه كلما أصبحت المقررات الدراسية أكثر تحدياً لهم ولقدراتهم، ازدادت الصعوبات الأكاديمية التي تجعلهم يأتون في الترتيب بعد أقرانهم العاديين بكثير، وهو ما يؤدي في النهاية إلى ظهور صعوبات التعلم لديهم بشكل واضح.

ثانياً: الطلاب ذوو صعوبات التعلم ولكنهم موهوبون أيضاً

تمتاز هذه الفئة من الطلاب بالخصائص التالية:

- ظهور صعوبات تعلم حادة لديهم.
- سهولة تصنيفهم على أنهم يعانون من صعوبات التعلم.
- اختفاء قدراتهم العقلية الفائقة نتيجة طغيان مظاهر الصعوبات التعلمية عليهم.

وقد يؤدي التركيز على نواحي الضعف التي يعانون منها دون إدراك لنواحي قوتهم إلى عدم الاهتمام بهذه القدرات والمواهب حتى يتسنى تطويرها، مما يؤدي بالتالي إلى رسوبهم المتكرر في الدراسة، ونادراً ما يتم تصنيفهم أو يتم التعرف عليهم باعتبارهم موهوبين، وفي هذا الصدد أشار كل من **ديشميكير وجيسكيور وفراينس** وليجوس (Descheemaeker, Ghesquiere, Fryns, Legius, 2005) إلى التعرف الأكاديمي والسلوكي لدى الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، حيث تكونت عينة الدراسة من (ن=17)، تتراوح أعمارهم ما بين (7 ـ 11) عاماً، وقد استخدم مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، بالإضافة إلى بطارية اختبارات النيوروسيكولوجي، وقائمة ملاحظة السلوك (الأداء الأكاديمي والسلوكي)، وقد توصلت النتائج إلى أن:

- نسبة (50٪) من الأطفال يعانون من صعوبات القراءة والكتابة.
- نسبة (25٪) يعانون من صعوبات في الإملاء.
- ونسبة (6٪) يعانون من صعوبات الحساب.
- وتوجد أنواع متباينة من إعاقات التعلم، وهذا ما أكدته الاختلالات البصرية الإدراكية والتنفيذية، ومعاناة المعلمين من المشاكل السلوكية في الأطفال أكثر من معاناة من الآباء والأمهات، ووجود علاقة ارتباطية بين صعوبات التعلم وضعف الانتباه.

ثالثاً: الموهوبون ذوو صعوبات التعلم الذين لم يتم التعرف عليهم

تمتاز هذه الفئة من الطلاب بالخصائص التالية:

- صعوبة تشخيصهم لا باعتبارهم موهوبين ولا على أنهم يعانون من صعوبات التعلم.
- غالباً ما يستخدمون ذكاءهم ومواهبهم في محاولة إخفاء صعوبات التعلم لديهم.
- التحصيل الأكاديمي متوسط أو فوق المتوسط.
- صعوبة إحالتهم للتقييم التربوي، نتيجة التناقض بين أدائهم على اختبارات الذكاء وأدائهم الأكاديمي يكون غير ملحوظ حيث إنهم يؤدون في مستوى الصف في معظم المهام الأكاديمية، ولكن لديهم صعوبات خفية تحول دون التوصل إلى مدى الأداء الفائق لديهم.
- تلقي خدمات التعليم العام في الفصول عادية.
- عدم استفادتهم من الخدمات الخاصة التي يتم تقديمها للطلاب الموهوبين أو ذوي صعوبات التعلم.

ومن الجدير ذكره أن نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت قضية التحديد والتعرف على الموهوبين ذوي صعوبات التعلم تشير بأن هناك ما يميز هذه الفئة عن الموهوبين، ممن ليسوا من ذوي صعوبات التعلم، ومن هذه المميزات:

- انخفاض الأداء اللفظي بوجه عام.
- انخفاض سعة الأرقام. Digit Span
- انخفاض القدرة المكانية. Spatial Ability
- ظهور جملة أعراض اضطرابات عضوية مخية.

Organic Brain Syndrome

- ظهور اضطرابات تؤدي إلى انخفاض مستوى أداء الذاكرة السمعية.

Auditory Memory

- ضعف التمييز السمعي، أو تمييز أصوات الكلمات والحروف.

Auditory Discrimination

- ضعف القدرة على الاسترجاع الحر للمعلومات اللفظية.

(Waldron & Saphire, 1990)

خصائص الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

يعتقد معظم التربويين أن التعرّف إلى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم هو أمر بالغ الصعوبة، حيث إن المشكلة الرئيسة تكمن في أن مواهب أولئك الأفراد عادةً تبقى غير ملحوظة للمعلمين وأحياناً لأولياء الأمور.

وقد بيّن آيزين بيرغ وايبستين (Eisenberg and Epstein, 1981) أن ثمة مشكلة أخرى هي أن صعوبات التعلم تحجب ظهور المواهب والقدرات الخاصة لدى هؤلاء الأفراد، مما ينجم عنه إحداث بطء في النمو وانخفاض غير حقيقي في معدل الذكاء.

تشير العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت على الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم إلى أنهم يشكلون فئة ذات خصائص تميزها عن غيرها من فئات التربية الخاصة، وهي تتمثل في شقيها الإيجابي والسلبي، كما يصفها (Fetzer, 2000) ويمكن إيجازها بما يأتي:

أولاً: الخصائص الإيجابية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

- ماهرون في التفكير المجرد.
- يجيدون مهارات حل المشكلات.
- متفوقون في القدرة على التفكير الحسابي.
- يدركون العلاقات بين الأشياء بسهولة.
- مبدعون بدرجة عالية.
- يجيدون مهارات الاتصال.
- متحفزون وفعالون.
- لديهم حب استطلاع مرتفع.
- لديهم اهتمامات واسعة.
- يعتمدون على أنفسهم.
- لديهم روح الفكاهة والدعابة.
- لديهم ميول متنوعة (فنية، وميكانيكية، وموسيقية).
- يتقنون استخدام المقارنة، والاستعارة، والهجاء.

ثانياً: الخصائص السلبية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

- لديهم ميول عدوانية.
- مهملون، لا يلتزمون بإحضار واجباتهم بموعدها المحدد، وإن أحضروها فهي غير مكتملة.
- لا يحافظون على ممتلكاتهم.
- من السهل أن يصابوا بالإحباط.
- يعانون من مشكلات التعلم، خاصةً في اللغة، والذاكرة، والتنظيم.
- يعانون من الضعف التام في الإملاء المعتمد على السمع.
- يعانون من سوء الخط.
- كثيراً ما يحدثون الفوضى، ويتسببون بالتخريب.

- لديهم أحلام يقظة.
- ينشغلون بأنشطة عابثة بدلاً من الإصغاء للمعلم.
- يبدون شكوى من آلام الرأس والمعدة.
- لديهم صعوبة في التذكر.
- سلوكهم يسبق تفكيرهم (مندفعون).
- يؤدون بشكل ضعيف على الاختبارات الموقوتة.
- يعانون من بعض المشكلات الحسابية البسيطة.
- يخفقون في الاستجابة للتعليمات الشفوية.

وذكر بوام (Baum,1990) أنه غالباً ما يقدم الطلبة الموهوبون من ذوي صعوبات التعلم سلوكاً متناقضاً داخل المدرسة وخارجها، فبينما يبدي هؤلاء الطلبة سلوكاً يتسم بالكسل أو الخمول داخل المدرسة، نجد أنهم يتصرفون خارج المدرسة بشكل مختلف تماماً، حيث تظهر هواياتهم واهتماماتهم التي غالباً ما تتطلب حافزاً قوياً وقدرةً عقليةً عاليةً.

وقد أشار بعض الباحثين أمثال (Waldron, Saphire & Rosenblum, 1987) إلى أن الأطفال الموهوبين ذوي صعوبات التعلم أكثر هدوءاً، ويبدون ميلاً أكثر للتأمل بشكل يفوق ما يظهره أقرانهم من الأطفال الموهوبين، كما لاحظوا الطابع غير الاجتماعي لهؤلاء الطلبة، وميلهم الشديد للانعزال وعدم الظهور وسط أقرانهم.

البرامج التربوية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

في الآونة الأخيرة بدأ الاهتمام بالبحث والاستقصاء عن سمات بعض الأطفال الاجتماعية والأكاديمية والسلوكية، حيث برز منها جوانب تثير الدهشة والإعجاب، وأخرى تدعو إلى البحث عن حلول ومعالجات، وفي واقع الأمر ينطوي هذا على الكثير من الحقائق المهمة التي لم يلتفت إليها كثير من التربويين فضاعت المواهب وحل محلها كثير من المشكلات النفسية والسلوكية، لذا لابد من إلقاء الضوء على هذه الفئة التي لابد أن تجد بيئة آمنة خصبة وينابيع متدفقة من الرعاية التربوية والمجتمعية حتى تنمو وتترعرع، وتكون موضع استثمار، لا موضع إهدار وإنفاق، وينبغي أن يعمل

التربويون على استثمار جوانب القوة، ولا يقفون كثيراً أمام التصرفات السلبية التي يظهرها الأطفال، فالاهتمام بها وإبرازها من شأنه إعلاؤها وترسيخها، وهنا تأتي صعوبة التخلص منها، وينبغي عند الشعور بالاختلاف أن نغير زاوية التفكير فقد يكون الطفل مبدعاً، وقد يمتلك بعض أو كل من القدرات (العقلية العامة ـ أو الإبداعية والإنتاجية ـ أو قدرة أكاديمية تحصيلية، أو قدرات قيادية، قدرة نفس حركية)، وقد يكون التفوق في مجالات غير أكاديمية أي في مجالات أخرى كالشعر والأدب والفن والرياضة......إلخ (Brodt, Mills, 1997).

ويعد هذا العامل الأساسي الذي يصنف الطفل ذا الإعاقة بأنه موهوب، فالموهوب ذو الإعاقة عموماً، وذو الصعوبة التعليمية على وجه الخصوص، بحاجة إلى برامج تربوية متفردة، وممارسات مدرسية تساعده على التكيف مع واقعه، وإبراز طاقاته الكامنة.

فالطفل المختلف قد يدرك أشياءً وكأنه يرى الأمور بمنظور خاص، وقد ينفر منه أقرانه أحياناً لعدم قدرتهم على فهمه والتجاوب معه أو قد تكون استجابتهم تجاهه مشبعة بالغيرة نحو تفوقه، أو الإشفاق نحو انزوائه، والأطفال بصورة عامة يمتلكون متغيرات عقلية وغير عقلية، وتلعب فيها الفروق الفردية والبيئة والمناهج الدراسية دوراً كبيراً، وقد يقتدي الطفل بأقرانه إيجاباً أو سلباً، لذا يأتي الدور الأهم للتربويين، حيث يواجه الطفل في هذه الحالة صعوبة تبرز في التباين الواضح بين قدرات الطفل العقلية ونضج المشاعر مما يخلق لديه صعوبة في التكيف، والتوافق، فنضجه العاطفي واحتياجاته قد لا تختلف عن باقي الأطفال الأمر الذي قد يغيب عن القائمين على الرعاية، ويخلق نوعاً من الاضطراب في التعامل مع مثل هؤلاء الأطفال.

ومن العوامل التي تحد بل وتعيق نمو قدرات الطفل هي لهفة الوالدين على مسألة التعليم الأمر الذي يجعلهم لا يشجعون إلا أساليب التحصيل التقليدي المبني على التلقين والقائم على الحفظ، ويقللان من شأن قدرات الابتكار والمواهب والإبداع الخاصة التي تتجلّى في الأنشطة غير المدرسية، وينبغي أن يعووا بأن كثيراً من الموهوبين لم يحملوا

شهادات أكاديمية، وبرزوا بمواهبهم بعد أن نبذوا من المحيطين بهم، فالأطفال ينابيع متباينة، كل ينبوع له دوره، لذا وجبت الرعاية والاهتمام وإعطاؤهم قدرهم وفق إمكاناتهم واستعداداتهم وميولهم.

استراتيجيات التفاعل الصفي:

توجد استراتيجيات للتفاعل الصفي تلعب دوراً فاعلاً في التواصل والشعور الإيجابي بين المجموعات المختلفة للطلاب، ولكن هذه الاستراتيجيات لا يمكن أن يكتب لها النجاح إلا من خلال تخطيط منظم يقوم به فريق متعدد التخصصات وبمشاركة أولياء الأمور والطلبة أنفسهم في مراحل متقدمة من سنواتهم الدراسية، وهذا يقود إلى النجاح في تحسين العلاقة والاتجاهات بين الأقران مما يسهم في تحقيق مستوى مرتفع من الدافعية للتعلم والدافعية للإنجاز وهذا بدوره ينمي مفهوم ذات ايجابياً لدى هذه الفئة من الطلبة.

كما تلعب استراتيجية تدريس الأقران دوراً إيجابياً وفاعلاً في التفاعل الصفي حيث أثبتت العديد من الدراسات فاعلية هذا النوع من التدريس في تنمية الروح الودّية بين الطلبة من بيئات وخلفيات مختلفة، كما كان لأسلوب الدمج سواء الاجتماعي أو الأكاديمي دور فاعل أيضاً في التفاعل الصفي والاجتماعي فعلى سبيل المثال يجب إتاحة الفرصة للطلبة الموهوبين لكي يتجوّلوا ويقوموا بزيارات لطلبة موهوبين ذوي إعاقات متعددة، أو طلبة موهوبين ذوي صعوبات تعلّمية، ويمكن للموهوبين ذوي صعوبات التعلم زيارة أطفال أصغر منهم سناً.

وقد أكد كل من غارتنر وكوهلر ورايزمان (Gartner, Kohler & Reissman.1971) فاعلية أسلوبي تدريس الأقران والدمج الاجتماعي والأكاديمي في مساعدة هذه الفئة من الطلبة بما يلي:

- رفع مفهوم الذات لدى هذه الفئة من الطلبة.
- ساهم في رفع تحصيلهم الأكاديمي.
- زاد من تقبل الآخرين من ذوي الحاجات الخاصة المختلفة.

وقد وجدت كولمان (Coleman, 1992) أن الموهوبين ذوي صعوبات التعلم هُم أكثر تركيزاً في استعمال استراتيجيات حل المشكلات بالمقارنة مع العاديين من ذوي صعوبات التعلم، كما أوصت (كولمان) أن التعليم المباشر لاستراتيجيات التكيف هو إجراء مُساعد لجميع الطلاب ذوي الصعوبات التعلمية.

بينما بيّنت مونتاغ (Montague, 1991) أن هناك فروقات واسعة بين الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم والطلبة الموهوبين في حلول المشكلات لصالح الطلبة الموهوبين، وقد ركّزت (مونتاغ) على ضرورة تعليم المهارات الرياضية بشكل فعّال للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم وتحديداً مهارات حل المشكلات.

ذكر ويز (Wees, 1993) أنه هناك العديد من البرامج التي تساهم في تحسين أداء الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم شريطة أن تركز على:

- المهارات الحركية اليدوية العامة والدقيقة.
- التنوع في أساليب التعليم.
- النشاطات الإثرائية: مثل النشاطات الاستعراضية.
- معالجة نقاط الضعف في المنهاج الرسمي.
- تحسين العادات الدراسية وتنظيم الذات.
- دمج أولئك الطلبة مع العاديين، أو في برامج خاصة بالصعوبات التعلميّة.

الموهوبون ذوو صعوبات التعلم لمرحلة ما قبل المدرسة والتقييم الذاتي:

وجد سايناتو (Sainato, 1990) أن التقييم الذاتي لمرحلة ما قبل المدرسة كان فعّالاً مع الصعوبات التعلميّة، ومع مدرستين لأطفال في عمر المرحلة المدرسية، وأن الجمع بين التقييم الذاتي وتعليم الطلاب استراتيجيات حل المشكلات يبدو مناسباً للطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وإن دراسات الموهوبين ذوي صعوبات التعلم من الكبار أو الموهوبين ذوي صعوبات التعلم من الصغار قد برهنت على نجاحها وتحديداً في مهارة حلول المشكلات (Gerber, Ginsburg, and Reiff, 1991).

التعلم بالخبرة:

إن تمتع الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم بدرجات ذكاء مرتفعة قد ساهم في الاستفادة من قدرتهم على التعلم من خلال الخبرة ونقل أثر التعلم، ولنجاح تعلم هؤلاء الطلبة من خلال الخبرة ونقل أثر التعلم لا بد من مراعاة الأمور التالية حسبما ذكرها غيربَر وزملاؤه (1991):

1. أن تكون أهدافهم واضحة ومحددة لكي يصبحوا قادرين على تبرير وفهم صعوباتهم وخبراتهم وتفسيرها ليتعايشوا معها.
2. فهم السمات والخصائص السلوكيّة التي تجعل تَعلّم الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم سهلاً ويسيراً.
3. لا بد من وجود نماذج يقتدون بها.
4. لا بد أن يمتلكوا خصائص المثابرة وحب التعلم.
5. لا بد أن يمتلكوا خصائص المبدعين.
6. لا بد أن يمتلكوا نظم التدعيم الشخصي والثقة بالذات.
7. امتلاك روح التحدي لمواجهة الصعوبة التعليمة وبذلك يجدون الصعوبات حافزاً وتشجيعاً لهم رغم إعاقاتهم.

وفي دراسة حالة قام بها كل من رايس ونيو وماك غاير (Reis, New, and McGuire, 1995) شملت العينة على (ن= 12) من الموهوبين ذوي صعوبات التعلم من طلبة الجامعات، أظهرت نتائجها:

- أن المواهب غطّت العجز والإعاقة وصعوبات التعلم لديهم.
- أن تلك الصعوبات لم تظهر ولم يتم اكتشافها إلاّ بعد وقت طويل.
- الكشف والتعرف المتأخر عليهم، حيث إن كثيراً من الطلبة لم يُصنّفوا أو يُفرزوا في عداد برامج المتفوّقين الموهوبين، بالرغم من المعدل العالي لذكائهم. وقد رشّح ثلاثة فقط منهم لبرنامج الموهوبين ولكن لم تُقدم لهم الخدمات المطلوبة بسبب المعدّل الضعيف في نتائج اختبارات ذكائهم.

- أن أولئك الشباب الطلبة الموهوبون ذوو الصعوبات التعلميّة عبّروا وعكسوا التجارب الإيجابية والسلبية لهم في الخبرات المدرسية.
- وكان من الذكريات الإيجابية لهم حُسن معاملة الأساتذة الذين قاموا باحتوائهم وإعطائهم مزيداً من الوقت الإضافي والاختبارات التي مثلت لديهم نوعاً من التحدّي المرغوب.
- أما الذكريات السلبية لأولئك الطلاب فتشتمل على بعض المشاكل الاجتماعية؛ وبعض الصعوبات مع الأساتذة، ونوع الإحباط في مواد دراسية أو مجالات خاصة.
- هناك خبرات إيجابيّة خارج نطاق المدرسة؛ مما جعلهم يستمرون في الثبات والتكيف مع المدرسة، وأن ذكريات أولئك الطلبة قد قدّمت خبرات مفيدة للمعلمين المتعاملين مع ذوي الصعوبات التعلميّة.

وفي هذا الصدد ذكر كل من هيثرينغتون وفرانكي وميوسّين وروثرفورد (Hetherington,Frankie,1967) (Mussen,and Rutherford,1963)، أنه وبالرغم من أن الملاحظة والرقابة؛ والإشراف الإرشادي كان فعّالاً لمعظم الطلبة والأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية وأن تلك التفاعلات بين الأقران لا تعطي استراتيجيات تعلمية جيّدة فقط لأولئك الطلاب فحسب؛ بل إن الأطفال يمكنهم إثبات ذواتهم من خلال الاندماج مع الكبار الذين يكونون أمامهم ـ قُدوةً ونموذجاً ـ لأن بين الطرفين قواسم مُشتركة وتشابهاً في الصعوبات.

تشجيع التعلم الذاتي:

إن التعلم باستخدام البرنامج التربوي الفردي هو السّمة الضرورية للبرامج التربوية والتعليمية للموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية؛ حيث يُلاحظ أن هؤلاء الطلبة أحياناً يُصبحون كثيري الاعتماد على الآخرين إلى حدود الاتكاليّة وعلى التغذية الراجعة المدعّمة لتعلّمهم، مما يساهم في خفض مستوى الدافعية والإنجاز والتحصيل لديهم.

وبنـاءً علـى ذلـك فـإن المطلـوب تجـاه الطـلاب الموهـوبين ذوي صـعوبات الـتعلم تشجيعهم وتطوير حـافز داخلي فيهم لتحقيق التعلم والنجاح كمكافأة لهم، وتطوير قدرتهم على التعلم الذاتي بالإضافة إلى تدريبهم على الاستقلالية، لذلك على المعلمين خلق فـرص نجـاح لهؤلاء الطلبـة ومساعدتهم علـى اكتساب خبرات تعلّمية نابعة من مُبادرات شخصية ذاتية؛ ونشاطات تعاونيـة في إطار مجموعات صغيرة للطلاب يلعبون فيها أدوار القادة ومشاركين مُتساوين كغيرهم (Brodt,Mills, 1997).

ولاختيار أساليب للتعويض عن الصعوبة عند الموهوبين ذوي الصعوبات التعليمة فإنه لا بد من توجيه الانتباه إلى مبدأ **الاستقلالية** باعتباره عنصراً رئيساً ومهماً. ومثال ذلك: أن الطالب الذي يعاني من صعوبة في الكتابة يستطيع القيام بما يلي:

1. **إخبار المعلم قصةً من القصص:** فهذا الحل يُنمّي عند الطفل نوعاً من الاعتماد والاتكالية.
2. **إملاء القصّة على جهازٍ للتسجيل:** هذا الحل يُنمي عند الطفل نوعاً من الاستقلالية.
3. **تأليف القصة بواسطة جهاز حاسوب:** هذا الحل يُنمي عند الطفل نوعاً من الاستقلالية.

إن الاعتمادية الاتكالية على الآخرين قد تساعد في أوقات محدودة، ولكن كثرة الاتكالية على الغير قد تقود إلى مزيد من الصعوبة عند ذوي صعوبات التعلم من الموهوبين، أما الاستقلالية والمبادرة الذاتية والتعلم كجزء من عمل الصف الدراسي هي إجراءات مهمة لأنواع الأطفال كافةً، وخاصةً للموهوبين الذين سيواجهون بتحديات جامعيّة أو مجالات مُهنيّة مُعقّدة، ويجب أن نكون ابتكاريين ومُبادرين لإشاعة التعلّم المُستقل عند الموهوبين ذوي صعوبات التعلم كما نتعامل مع الطلبة الموهوبين.

تعلم مهارات التفكير المجرّد:

يجب التركيز في تعليم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم على الانتقال من مهارات التفكير الحسي لمهارات التفكير المجرد، ويكون ذلك من خلال برامج وأساليب

تركـز علـى تطـوير مهـاراتهم في جوانـب مُحـدّدة مثـل: الإبـداع، وحلـول المشـكلات، والتفكير النقدي، والتصنيف، والتعميم، والتحليل، والتركيب، والتقييم. وعلى الرغم من أن تشجيع تطوير المهارات إجراء عام ولكنه أكثر خصوصيّة حين يكون ذا أهمية مزدوجة في برامج الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، **وفيما يلي مثال تطبيقي على تعليم هذه المهارات:**

في دراسة ماثيو (Mathew, 1984) التي تم فيها استخدام برنامج لحل المشكلات الإبداعيّة (CPS) Creative Problem Solving لتعليم مهارات التفكير المُجرد لمجموعة من الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم حيث بلغ عددهم (ن= 16) طالباً يعانون من اضطراب عاطفي ونوع من العدوانية؛ وهم في المرحلة الدراسية المتوسطة، ولم يُصنّفوا كموهوبين نتيجة طغيان صعوبات التعلم على موهوبيتهم حيث قام الباحث بتعليم أولئك الطلبة تطبيق مهارات حلول المشكلات الإبداعية (CPS) لمشكلات فعلية، وأشارت النتائج إلى:

- تحسن مهاراتهم الإبداعية وتنميتها حين تَم قياس التأثير والتحسّن في مقياس تورانس (Torrance,1993) للتفكير الإبداعي.
- أدى التدخل بنشاطات البرنامج المذكور إلى خفض درجة العُدوانية بشكل ملحوظ.

تعريض الطلبة لبرامج إثرائية:

أوصى باوم (1984) بضرورة تطبيق النموذج الثلاثي عند - رينزولّي - مع الطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، حيث إن سلوكهم المتفوّق أصبح ظاهراً خارج الصفوف المدرسية، وأصبح غائباً تماماً داخل صفوف الدراسة، ولذلك فقد ركّز (باوم) على النشاطات الإثرائيّة التي خُطّطت لتنمية نقاط القوّة والاهتمامات، وطبق باوم (Baum,1988) هذا البرنامج "النموذج الثلاثي" الذي يساعد الطلبة في تقوية الدافع والحافز والثقة والتحدي على سبعة طلاب من الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، بواقع ساعتين ونصف الساعة أسبوعياً لمدة تسعة شهور، وقد أظهرت النتائج:

1. تحسن مفهوم الذات لديهم.
2. تطور أسلوب وسلوك التعلم والإنتاجية الإبداعية لديهم.

وقد استخدم هانتلي (Huntley, 1990) النموذج الثلاثي أيضاً.

مثال تطبيقي على استخدام الإثراء من خلال النموذج الثلاثي للطلاب الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية حسب هانتلي (Huntley, 1990):

العرض والكشف الأول: أحضر الطلاب ليشاهدوا (الليغو)، وهو معرض زخرفة فيه أحجار وآجر بناء، وحيوانات، وأبنية، وسيارات متنوعة. وقد تَم تهيئة الأشكال من قبل مهندسي بناء، وكان الطلاب مندهشين من رؤية ذلك المعرض وقد عبّروا عن رغبتهم في أن يصبحوا أكثر إتقاناً في تصاميمهم.

التدريب الثاني: تّم الاتصال بمركز إدارة المعرض، وقمنا بتنظيم لقاء مع المهندس للتشاور، وقد قام المهندس المسؤول بتقديم شرح للطلاب كيف تم تخطيط التصاميم والنماذج، وكم احتاجت تلك التصاميم إلى مهارات فكرية إبداعية وخصوصاً المرونة، وتطبيق مبادئ التفاضل والتكامل الرياضيّة، والفيزياء باعتبارهما جزءاً من عملية البناء. وجاءت الفكرة من الخبرة في قطع الجبص الخاص بالبناء، وبمجرد استكمال البناء المتماسك المحسوس، أصبحَ التصميم مرسوماً، وقد كان الطلاب في حالة من السعادة للإصغاء للمهندس، والكثير من المشروعات والمهمّات المدرسية عكس هذه العلمية، طبقاً للتوجيه: "ضع خطتك كتابة قبل أن تبدأ".

النوع الثالث: التحقق في مشكلة فعلية: إن المدير التنفيذي للتسويق الخاص - بالمعرض - طلب من أحد الطلاب أن يرسم تصميماً للبناء الأصلي، للمتحف المعروض الذي خططت لإقامته شركة - الليغو - وقررت الشركة تقديم قطع الجبص وما يلزم وتقديم النصائح الفنية للبناء، وعرض الإنتاج، وقبل شابان عمرها (10 ـ 11) سنة ذلك التحدي.

وتلك المهمة: قام الشاب ذو العاشرة من العمر، بتصميم وبناء (18) عربة نقل بعجلات وقد استكمل التصميم مع جرّار، وعربة جر منفصلة، والجرّار مُثبّت على

منصّة مناسبة، وذو محور مركزي يسمح لقوس كبير بالحركة، وفي نهاية العربة الطويلة بمقياس قدَمين طولاً، كانت فتحة تفتح وتغلق بواسطة بَكَرَة، وقد ظهر اهتمام المهندس الشاب لتصميمه كابحاً لضبط الحركة لفعاليّة قصوى.

وقد قام طالب عمره (11) سنة بابتكار (محرك) تسلية للركوب، وحين سُئل لماذا هناك (27) أداة للدوران أجاب الشاب المُصمّم: لأنني صنعته بهذه الطريقة.

أما دانيالز (Daniels 1983) فقد وضع قائمة على شكل بنود كمنهج وأسلوب لعلاج الموهوبين ذوي الصعوبات التعلّمية، وكان التركيز حول المهارات العالية للتفكير المجرّد، والأهداف التعلمية. حيث تضمنت قائمته على المهارات التالية:

- التصنيف.
- مستويات التفكير المجرّد.
- تقدير المطابقة (الترابطيّة).
- العنوَنة.
- التجريد.
- التعميم.
- تعلم المفاهيم (وليس الكلمات).
- المفردات، التهجئة.
- الكتابة، الإنشاء والتعبير.
- علامات التنقيط بين الجُمل والكلمات.

المشاركة الأبوية:

إن الأبوّة (الوالدية) هي إحدى المكوّنات المهمة لأي برنامج للموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وإن واجب الأبوين نحو الأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات أن يتعاملوا مع احتياجات أبنائهم وما يعانون من صعاب ومواهب لا يجوز إهمالها، وآباء الطلبة الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية يكرّسون الموارد؛ والوقت، والطاقة، والاهتمام، والانتباه، والصبر بشكل أكثر وأكبر مما يُعطى ـ للطفل العادي ـ، والذي يأتي

بفوائد ومزايا، وأحياناً مساوئ وسيّئات للأطفال والطلبة، وعلينا الاهتمام بالتطبيقات النفسية التالية:

1. التعليم الفردي المتواصل من قبل الوالدين:

حيث يُساهم في تحسين ما يلي:

- الوعي الحسّي.
- المعرفة.
- المفردات اللغوية.
- تنمية المهارات وتطويرها بشكل عام.

وبذلك يتعلم الطالب كمية كبيرة من المعلومات والخبرات الغزيرة عن بيئته التي تبدأ بالتعلم المبكر في البيت، وهذه بوضوح تعدّ فائدة وميزة إيجابية.

2. تجنب الحب والحماية الزائدة للطالب:

إن المساعدة المتطرّفة والحب الزائد من الآباء لأبنائهم قد تسلب من الابن الفُرص ليتعلم المهارات التي تبني عنده الاستقلاليّة، والثقة بالنفس، وفي بعض الحالات، قد يتجاهل بعض الآباء إعاقة الابن ويُنكرونها، مثل: الديسليكسيا، ويمكن للآباء استخدام إعاقة الابن كعذر ليسمحوا للابن بعدم حمل المسؤوليات المطلوبة، وفي الوقت نفسه يكون المردود تعلّم الطالب استعمال العُذر نفسه، ويتجنّب الرّوتين غير السار، مثل: تعلّم حقائق الحساب والرياضيات، وإن إحباط الاستقلاليّة وتعطيلها وتطوير المهارات هما من المساوئ.

3. تجنب الدلال الزائد للابن:

إن تسلّط الابن على الأهل قد يكون انعكاساً لقلق الآباء على أولادهم والدلال الزائد، بما في ذلك القلق يُشكل نجاحاً مُشتركاً، فإن الابن/ الطالب يدرك لا شعورياً أنه من الممكن التحكّم بالأهل ويتعلم بسهولة السيطرة على مشاعر الأهل في ذلك السياق، ويطلب من الأهل دائماً مساعدته بالقيام بالواجبات المدرسية المطلوبة منه، وهذه الاتكالية قد تمتد لتشمل المدرسة، فيمارسُها الطالب مع المعلمين والأقران

الرّفاق في المدرسة. وإن التسلط يستهدف توجيه انتباه الآخرين نحو الطالب والحصول على اهتمامهم به بمفرده. وهو سلوك تواكُلي مُتطرف وزائد عن الحدود المعقولة، وقد يعكس عناداً ورفضاً من الطالب في الهروب من أداء أعماله الدراسية أو غيرها، والتقاعُس عن بذل الجهد لأي شيء، ما عدا رغبات الطالب المفضّلة فقط ونشاطاته الخاصة. وهذا النوع من الأبناء والآباء يلقي اللّوم على المدرسة، وعلى المعلمين، والأقران الرفاق في المدرسة، وبيئة الطفل وعالمه، وحقيقة الأمر أن اللوم يتوزّع على الأطراف كافةً بأنهم لا يساعدون الابن الطالب ليتعلّم؛ بدلاً من تشجيعه ليحمل مسؤولياته بنفسه نحو موضوع تعلّمه. إن التسلّط، والاستقلالية، ورفض العمل كل ذلك يشكل في نهاية المطاف مساوئ لأسلوب الآباء التربوي مع أولادهم. وإن الآباء والمعلمين الذين يقدمون للتلميذ أو الابن الكثير من الحب والاهتمام يشعرون بالأسى الشديد والأسف لحالة الطالب.

4. تجنب انفراد أحد الوالدين بالعمل مع الطالب:

إن انفراد أحد الأبوين في إدارة شؤون الابن، قد تمنع الطرف الآخر من أولياء الأمور من المشاركة والاهتمام بالابن، فعلى سبيل المثال إن اغتراب الأب وعُزلته، قد يحرمان الطفل الطالب من - النموذج والقُدرة - أمامه أي تحقيق الذات من خلال الأب؛ وتعرقل نموّه، واستقلاليّته. وحين ينمو الطفل، وينضج، سوف يشعر بالتعظيم والامتنان نحو أُمّه التي مثلّت الانتماء والالتزام نحوه، ولكنه في الوقت نفسه يشعر نحوها بنوع من الغضب وعدم الصبر لما غرسته فيه من تواكله عليها، وإن كلا الجانبين، الأم والابن، لن يفهما التدّني حول ما حدث في مرحلة الطفولة، مثل: العلاقات الإيجابيّة القوّية، وإن استبعاد أحد الأبوين من إطار العلاقات العائلية الودّية، سيشكل دوماً مشكلة صعبة.

ويرى المؤلفان ضرورة مشاركة كلا الوالدين في برنامج أبنائهم الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية تجنبهم كثيراً من المشكلات العامة الشائعة، وفي هذا الصدد فإنه

يقع على عاتق الوالدين التركيز حول نقاط القوة عند أولادهم؛ أكثر من الالتفات إلى نقاط ضعفهم وعجزهم.

وهنالك العديد من البرامج التي تهتم في الموهوبين ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الطفولة المُبكرة من أشهرها: برنامج التسريع والتعويض للطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم والذي تم اعداده من قبل (جونسون، كارنيس، وكار) و(كارنيس، شويدل، ولويس) (Johnson,Karnes,Carr,1997)، (Karnes.Shwedel,and Lewis,1983)، حيث يشتمل هذا البرنامج على مُشاركة ــ والديّة فعّالة وإيجابية بين الأسرة والمدرسة، وفي هذا البرنامج يشارك الأبوان في التدريب وفي ـ القدوة والنموذج ـ وعملية التعرّف إلى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، ويتضمن التدريب مساعدة الأبناء للتعويض على صعوباتهم أو إعاقتهم وتطوير نواحي الموهبة لديهم، وهناك تشجيعٌ لأولياء الأمور للمساعدة في الصفوف في ضوء نشاطات مُقترحة لتنفيذها مع الأبناء في البيت، وثمة اجتماعات لمجموعات موسّعة ومجموعات صغيرة بين الاختصاصي والطالب وأحياناً مع أولياء الأمر، ورسائل على شكل صُحف ومعلومات ومكتبة لأولياء الأمور، وكلها إجراءات الإداريين والمتخصّصين الذين يعدّون أولياء الأمور وأفراد العائلة زملاء مشاركين لهم في عملية تربوية واحدة هي البرنامج الذي يستهدف مصلحة الأبناء (كارنيس Karnes 1984).

وبالرغم من أن الآباء دوماً يفترض أن يشاركوا في تعليم أبنائهم وتربيتهم، لكن الضغوط والمطالب في (المسؤولية الوالديّة) للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم تتطلّب من الآباء والأساتذة والمربين علاقات أكثر ترابطاً وثقةً وتعاوناً، بنوعيها الرسمي، وغير الرسمي التلقائي، بأن من الضروري استمرار إرشاد الآباء وتوجيههم وتحديداً وضع توقّعات عالية ومعقولة للموهوبين ذوي صعوبات التعلم.

مجموعة حقائق عن البرامج التربوية المقدمة للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

- بالاطلاع على الأدب النظري الذي كتب بهذا المجال وبالرجوع إلى مجموعة من الدراسات التربوية ومن خبرة المؤلفين تم التوصل إلى الحقائق التالية:

- إن الأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات التعلّم من السهل التعرف عليهم من خلال إعاقاتهم، وليس بسبب موهبتهم.
- ندرة البرامج المقدمة لهذه الفئة من الطلبة.
- عدم قدرة المدارس على استيعاب الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- ضعف الخدمات التربوية الخاصة المقدمة للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، بسبب الرفض الاجتماعي الشديد مما يسهم في تدنّي مفهمو الذات لديهم.
- إن التعرّف والكشف على الموهوبين ذوي صعوبات التعلم مهمة صعبة، وقد لا يكون سهلاً على المعلمين أو أولياء الأمور اكتشافهم لأنهم عُموماً غير مرئيين، وأيضاً فإن الصعوبة تحجب ظهور التفوّق والموهبة.
- إن برامج المتفوّقين للأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية يمكن أن تتضمّن التسريع أو الإثراء التعلّمي أو كليهما، ونظام المجموعات، والإرشاد كوحدات مُترابطة وبرامج إضافية أخرى.
- إن استخدام التكنولوجيا وخصوصاً الحاسوب في مجال تعليم هذه الفئة، يمكن أن يتم باستخدام يساهم في رفع قدراتهم التحصيلية وتطوير وتنمية مفهوم الذات لديهم.
- إن استخدام استراتيجيات تدريسية محددة كتدريس الأقران والتعليم التعاوني والتعليم التبادلي والتعليم المصغر يساهم في تقدير مواهب الطلبة ورفع طاقاتهم، وقدراتهم التحصيلية والإنجازية المتميّزة، وتحسين الاتجاهات نحوهم.
- إن فهم السمات السلوكية وفهم خصائصهم يمثل عاملاً مُساعداً للمعلمين في تشجيع الطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وحفزهم ليصبحوا أكثر نجاحاً، من تلقاء أنفسهم.

- إن نظام الإرشاد والنصح الإشرافي لهؤلاء الطلبة يشجعهم على التفاعل الاجتماعي وتحسين مهارات التواصل مع المحيطين.
- بالرغم من ضرورة المناهج الفردية للموهوبين ذوي الصعوبات فإن تعليم التعلم الاستقلالي، وفي مجموعات صغيرة أيضاً، هو من الأساليب المفيدة والضرورية.
- يجب التركيز على مهارات التفكير المجرّد.
- إن مشاركة أولياء الأمور في برنامج التعليم للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، للتعلّم تعدّ عنصراً حيوياً مفيداً في برنامج تعليمهم.
- وأخيراً فإن استخدام استراتيجية حل المشكلات واستعمال التقييم الذاتي يساهم في حل المشكلات التحصيلية والنفسية والاجتماعية والتربوية الخاصة بهم.

الأسرة وتحصيل أبنائهم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

إن العلاقات الأسرية تتأثر تأثراً بالغاً في حالات كثيرة بالصعوبة التعلمية التي يعاني منها الطفل من جهه والموهبة من جهة أخرى، فمن الطبيعي أن يتطلب موقف الطفل وقتاً من الوالدين أطول مما يتطلبه أشقاؤه العاديون، كما يتعين من الوالدين استخدام استراتيجية خاصة في التعامل معه، وقد تستجر المعاملة غير المتساوية من الوالدين نحو الأبناء نوعاً من الحقد والغيرة من جانب الإخوة العاديين، مما يخلق توتراً في العلاقات بينهم، وقد يذهب الأمر إلى أن يتعلم الطفل ذو الصعوبة التعليمية مضايقة أشقائه من خلال تخريب إنجازاتهم والتقليل من شأنها.

وثمة مظهر آخر يتأثر بحاجات الطفل الموهوب ذي الصعوبة التعليمية وهو روتين الحياة المنزلية فالضرورة تقتضي على الوالدين تكريس وقت إضافي لمساعدة الطفل في حل واجباته المنزلية، أو لاصطحابه إلى معلم خاص أو إلى جلسة إرشادية وعندما تضاف هذه النشاطات إلى برنامج الأسرة المكتظ سيجد الوالدان أن لا وقت لأحدهما ليكرسه للآخر أو لأحد من أعضاء الأسرة يضاف إلى ذلك العبء المالي الذي تتحمله

ميزانية الأسرة والتي تصرف على المدارس الخاصة والتقييم وغير ذلك مما يؤدي إلى إلغاء الميزانية المخصصة للترفيه والوسائل الترويحية، وانقطاع العلاقات الاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء أو الحد منها.

إن المشاكل السلوكية التي تعكسها الصعوبة التعليمية على الطفل الموهوب يلاحظها الطفل نفسه فتنعكس على مفهومه لذاته وتعيش معه، حتى أن الشباب من ذوي الصعوبات لا يكونون سعداء باتصالاتهم مع ذويهم كما هو الحال مع غيرهم من الأسوياء.

تكيّف الأسرة مع صعوبات التعلم لدى أبنائهم الموهوبين:

يؤكد (Bruce,2001) أنه لا توجد أسرة مهيأة لاستقبال طفل يعاني من صعوبات تعليمية، فالوالدان عادة ما يتوقعان ولادة طفل طبيعي وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفالاً طبيعيين مثل المدارس، المعلمين، المربيات، الأصدقاء، فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضم أطفالاً يعانون من صعوبات تعليمية.

حدد (Trunbull,1978) أربعة عوامل توضح كيف أن الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية يؤثرون على أسرهم:

1. خصائص هذه الصعوبات (طبيعتها، شدتها، متطلباتها) والتي تعمل على تشكيل ردود فعل الأهل اتجاه هذا الطفل، فقد وجد أن المشاكل الأسرية تزداد بازدياد أعمار الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية.
2. خصائص الأسرة، تؤثر على ردود الأفعال مثلاً (حجم الأسرة، الخلفية الثقافية، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة).
3. الخصائص الشخصية لأفراد الأسرة (الصحة العامة، طريقة التعامل مع المشاكل).
4. التحديات الخاصة بالأسرة، مثل الفقر.

ومن الجدير ذكره بأنه يجب التنويه أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوعية ردود الأفعال وحدتها واستمراريتها وعملية تكييف الأسرة تتضمن النقاط التالية:

1. الوعي بالمشكلة.
2. إدراك المشكلة.
3. البحث عن الرعاية والعلاج.
4. تقبل الطفل ذي الصعوبة التعليمية.

وفي هذا الصدد سوف نتناول عمليتي الوعي بالمشكلة وإدراكها والمؤشرات الدالة على تقبل الطفل ذي الصعوبة التعليمية.

أولاً: الوعي بالمشكلة

إن تعدد الخصائص المستخدمة لوصف الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية تجعل التشخيص الدقيق أمراً صعباً، فمن الأطفال من تظهر عليهم مشكلات واضحة في الشهور الأولى من مرحلة الرضاعة بينما لا يظهر على الآخرين حتى دخولهم المدرسة، وعادة ما تكون الأم هي أول من يشتبه بوجود مشكلة ما خلال المراحل النمائية للطفل.

يشير (Ehrlich, 1983) إلى أن الآباء غالباً ما يشعرون بالضعف والعجز عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعياً بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، ضعف الثقة بالنفس، تقلب المزاج، كما أن طول المدة بمعاناة الطفل من مشاكله المدرسية وخاصة قبل عملية التشخيص يزيد من احتمالية الاضطراب النفسي لدى الوالدين والمعلمين.

الأعراض المبكرة الملاحظة من قبل الأم للصعوبات التعليمية النمائية:

1. الإخفاق في الجلوس حتى الشهر التاسع.
2. الإخفاق في المشي دون الإمساك بشيء إذا تجاوز عمره ثمانية عشر شهراً إلى سنتين.
3. الإخفاق في النطق بكلمات مفردة واضحة في الثالثة من عمره.

4. التشنجات الحادة أو فقدان الوعي المتكرر.
5. النظرات الباردة الخالية من التعبير عند النظر في عيون الآخرين.
6. فقدان التعرف إلى الأصوات أو الوجوه المألوفة أو إظهار السرور برؤيتها أو سماعها.
7. السلوك الأخرق في طريقة الإمساك بالأشياء وفي طريقة المشي.
8. ردود انفعالية غير عادية (استجابة عنيفة للحوادث التافهة، فقدان الضحك....إلخ).
9. الإخفاق في الاستمتاع بالألعاب ذات الطقوس التي تثير المتعة لدى الأطفال.

وعندما تلاحظ الأم بعض هذه الأعراض المبكرة فعادة ما تعبر عن قلقها إلى الأب، طبيب الأطفال ومعلمة الروضة وفي مرحلة الوعي الأولى قد ينكر الوالدان أو الأقارب أو الأصدقاء بصورة فردية أو جماعية وجود شيء غير عادي (الوقفي، 2002).

ثانياً: إدراك المشكلة

يتوجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الصعوبات التعليمية، إلا أن أملهم في نجاح طفلهم قد يجعل ذلك صعباً، وفي حالة تشخيص صعوبات التعلم فإن معالم الرعب والحزن تظهر عليهم لصعوبة التأقلم مع الفجوة ما بين الحلم والواقع.

تتفاوت ردود فعل الوالدين الانفعالية نحو طفلهم ذي الصعوبة التعلمية بتفاوت حدة الصعوبة، ووضوحها، ومستوى التدين، والمركز الاقتصادي والاجتماعي، والثقافة الوالدية........إلخ، وبالتالي تمر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل.

المؤشرات الدالة على تقبل الوالدين لطفلهما ذي الصعوبة التعلمية:

1. محافظة الأم على معارفها المعتادين واستمرارها بنشاطاتها المعتادة.
2. تلبية الوالدين لحاجات أطفالهما الأسوياء وغير الأسوياء.
3. التأكيد على مواطن القوة للطفل بدلاً من الاستغراق في مواطن الضعف.

المؤشرات الدالة على رفض الوالدين لطفلهما ذي الصعوبة التعليمة:

1. التوقعات المتدنية من قبل الطفل.
2. الإصرار على تبني أهداف غير واقعية.
3. الهروب.
4. إخفاء الحقيقة من خلال تبني رأي معاكس غير واقعي.

العمل مع آباء ذوي صعوبات التعلم:

تحتوي برامج تدريب الآباء على المضامين التالية:

1. إيضاح مبادئ النمو الطبيعي لدى الطفل، والمظاهر النمائية الرئيسة والتسلسل التطوري.
2. إيضاح حالات الإعاقة والمشكلات النمائية.
3. إيضاح مبادئ وأساليب تعديل السلوك.
4. إيضاح طرق جمع البيانات وتسجيلها.
5. إيضاح وتفسير الطرائق التعليمية.
6. إتاحة الفرص لملاحظة مجموعات من الأطفال لفهم الفروق بينهم.
7. إتاحة الفرص لملاحظة الأخصائيين أثناء عملهم مع الأطفال.
8. إتاحة الفرص للآباء لممارسة التعليم وتوفير التغذية الراجعة لهم.
9. تطوير المواد التعليمية في المنزل.
10. إيضاح الألعاب المناسبة، والكتب، والمواد التعليمية الأخرى.
11. المشاركة في المحاضرات والمناقشات حول مواضيع تحظى باهتمام الآباء مثل صحة الطفل وتغذيته والحقوق القانونية للآباء (الخطيب، 1992).

يرى المؤلفان أن هناك نقاطاً مهمة يجب على الوالدين الاهتمام بها:

- تعلم أكثر عن الموهبة وخصائص الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- تعلم أكثر عن صعوبات التعلم أكثر مما تعرفه بحيث تستطيع مساعدة نفسك ومساعدة طفلك.

- تشجيع الاستقلالية عند الطفل.
- علم الطفل أداء المهارات بخطوات متسلسلة، وقدم له تغذية راجعة، وعزز الطفل عندما يؤدي المهمة بنجاح.
- تعرف على المهارات التي تعلمها الطفل في المدرسة، ثم هيئ الفرص ليطبق الطفل تلك المهارات في المنزل.
- ابحث عن مصادر النشاطات الاجتماعية مثل المخيمات الكشفية، ومراكز الاستجمام، والأندية الرياضية، ليشارك الطفل بها والتالي تشجيع مهاراته الاجتماعية.
- تحدث مع آباء الأطفال الموهوبين ذوي صعوبات التعلم حيث يقدمون الدعم لك.
- حافظ على الاتصال بالمعلمين والمدرسة، وتعرف على كيفية تدعيم تعلم الطفل في المدرسة وفي البيت.
- ساهم بفاعلية في إعداد الخطة التربوية لطفلك.
- ضع قائمة بقدرات الطفل واعمل على تنميتها وتشجيعها وكن منتبهاً لأي شيء حسن يفعله فاكتشاف موهبة لدى الطفل أو ميول يمكن أن تمنحه فرصة جيدة للنجاح، ولا تنس أن الأمر الذي يحسن القيام به مهما صغر يمكن أن يهب الشعور بالإنجاز والتحصيل.
- تذكر أنك تتعامل مع الطفل ككل ولا تتعامل مع الصعوبة أو الموهبة فقط.
- لا تشعر بالذنب فالأمر ليس مسألة خطأ ارتكب أو لوم يلقى على أحد، تقبل الطفل كما هو وامنحه الحب، فهو بحاجة لأن يتعلم أنك تحترمه وأنه مهم في الأسرة وعضو مسؤول فيها.
- أخبر الطفل عن مشكلاته وأخبر المدرس الجديد في كل عام بها وكذلك المعلم البديل ومعلم التربية الرياضية ومدرب السباحة.
- تعاون مع المدرسة ولاحظ ما إذا كان طفلك سعيداً.

- تنظيم الوقت وتبسيط الروتين العائلي.
- العب ألعاباً مختلفة مع طفلك فهذا يشعره بالحنان ويزيد من ثقته بنفسه.
- كن موضوعياً وصبوراً قدر الإمكان، تحدث مع طفلك بصوت هادئ وحازم.
- إذا كانت المهمة صعبة جداً بالنسبة لطفلك، انتقل إلى شيء أسهل ثم عد إلى الأولى مع مراعاة تبسيطها حتى يستطيع أن ينجح فيها.
- إذا كان طفلك قادراً بمهمة ما، تابعه بصبر حتى يتمها.
- كن مباشراً وإيجابياً في الحديث مع طفلك وتجنب النقد ولا تركز على الفشل.
- القراءة المستمرة عن الموهبة وصعوبات التعلم والتعرف على أُسس التدريب والتعامل المتبعة للوقوف على الأسلوب الأمثل لفهم أوجه التفوق ومظاهر المشكلة.
- التعرّف على نقاط القوة والضعف لدى الطفل بالتشخيص من خلال الأخصائيين أو معلم صعوبات التعلم ولا يخجلان من أن يسألا عن أية مصطلحات أو أسماء لا يعرفونها.
- إيجاد علاقة قوية بينهما وبين معلم الطفل أو أي أخصائي له علاقة به.
- الاتصال الدائم بالمدرسة لمعرفة مستوى الطفل، حيث إن الوالدين لهما تأثير مهم على تقدم الطفل من خلال القدرة والتنظيم.

وأشار الأدب التربوي أن العديد من الموهوبين ذوي صعوبات التعلم الذين حصلوا على تعليم أكاديمي فقط خلال حياتهم المدرسية وتخرجوا في المرحلة الثانوية قادرون على اجتياز مرحلة الجامعة والتفاعل مع الحياة العملية، ولهذا يجب التخطيط مسبقاً لعملية الانتقال التي سوف تواجهها هذه الفئة عند الخروج من الحياة المدرسية إلى العالم الخارجي.

وكذلك فإن الخيارات المتعددة لتوجيه الطالب واتخاذ القرار الذي يساعده على التحاقه بالجامعة أو حصوله على عمل وانخراطه في الحياة العملية أو توجيهه نحو

التعليم المهني، وعند اتخاذ مثل هذا القرار يجب أن يوضع في الاعتبار ميول الطالب ليكون مشاركاً في قرار كهذا.

دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم الموهوب ذي الصعوبة التعلمية:

هناك دور مهم للوالدين في نجاح البرنامج العلاجي الموضوع لطفلهم من قبل الأخصائيين، وتحديداً على الوالدين القيام بما يلي:

1. فهم أبعاد البرامج العلاجية الخاصة بطفلهم.
2. متابعة تنفيذ البرنامج مع طفلهم.
3. تنفيذ الأجزاء الخاصة بهم في البرنامج العلاجي.
4. ملاحظة انعكاسات البرنامج في سلوك أطفالهم.
5. تدريب الأهل على بعض المهارات التي يمكن أن تتم تنميتها عند طفلهم من خلال التدريب المباشر أو من خلال اللعب.

إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم الموهوب ذي صعوبات التعلم:

عزيزي القارئ، فيما يلي عدة طرق نضعها بين يدي والدي الطفل الموهوب ذي صعوبات التعلم لمساعدة طفلهم للتغلب على مشكلته، وهذه الطرق هي:

1. ينبغي تخصيص أوقات محددة من النهار ليعمل فيها الوالد/ الوالدة مع الطالب صاحب المشكلة.
2. يجب أن تكون فترات العمل قصيرة ـ في البداية ـ ومن ثم يمكن تمديدها تدريجياً، ومن المفيد أن ينتهي العمل مع الطالب حين يبلغ ذروة شعوره بالنجاح، مع الحرص على عدم دفعه إلى حافة الشعور بالإخفاق.
3. ينبغي تحلّي الوالد/ الوالدة بالصبر والموضوعية (بعيداً عن العواطف) قدر المستطاع ولتكن نغمة صوتيهما هادئة وحازمة عند الكلام مع الطالب.

4. ينبغي الحرص على أن تكون التوجيهات والأوامر قصيرة وبسيطة، بحيث يستوعبها الطالب بسهولة.
5. إذا شكا الطالب من صعوبة في أداء أحد التدريبات أو الأعمال ينبغي الانتقال به إلى تدريب أسهل، ثم يعاد إلى التدريب السابق (بعد تعديله) حتى يشعر بقدرته على النجاح في ذلك العمل.
6. ينبغي معرفة قدرات الطالب، وكذلك جوانب ضعفه، معرفة تامة، ولا يجوز الاستمرار في مطالبته بمهمات (أو تدريبات) سهلة جداً بل لا بد من التحديات لإثارة اهتمامه.
7. لا بد من الثناء على الطالب حين يوفّق في أداء عمل ما (مهما بدا بسيطاً)، كما لا يجوز التركيز على مظاهر الإخفاق.
8. يجب على الوالد/ الوالدة أن يتشارك بانبساط مع الطالب حتى يشعر بالمتعة في أثناء التدريب والعمل معه.
9. يستحسن اتباع الأسلوب التشجيعي فيقال له مثلاً: ((يمكنك أن تتعلم ولو أن ذلك قد يبدو بطيئاً في البداية، ولكن اطمئن فأنا معك في هذا الأمر إلى أن تتعلمه وتتقنه)).
10. وأخيراً لابد من إظهار التقدير والإعجاب بكل ما يبديه الطفل من المظاهر الدالة على الموهبة والتفوق لديه.

"الحمد لله رب العالمين"

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو العز، صبحي (1995)، نحو نطقٍ سليم، دار الفكر، عمان.
- أبو حمدان، يوسف (2003)، تعديل السلوك، النظرية والتطبيق، الطبعة الأولى، دار المدى للنشر، عمان، الأردن.
- الإمام محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ أ)، الإعاقة العقلية ومهارات الحياة "في ضوء نظرية العقل"، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.
- الإمام محمد صالح؛ الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ ب)، التوحد ونظرية العقل، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.
- الإمام محمد صالح؛ الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ ج)، السلوكات الدالة على نظرية العقل، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ د)، الفروق في بعض المتغيرات العقلية وغير العقلية لدى عينة من الطلبة ذوي صعوبات التعلم والعاديين والموهوبين ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الأساسية، المؤتمر العلمي العربي السابع لرعاية الموهوبين والمتفوقين" أحلامنا تتحقق....برعاية أبنائنا الموهوبين" "المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين" عمان ـ الأردن 28 ـ 2010/7/29.
- الإمام، محمد صالح، الجوالده، فؤاد عيد (2009)، المناخ الأسري وعلاقته بالأمن الفكري لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية. المؤتمر الأول للأمن الفكري، كرسي الأمير نايف للأمن الفكري، جامعة الملك سعود، الرياض، مايو.
- جروان، فتحي عبد الرحمن (1999)، الموهبة والإبداع والتفوق، الطبعة الأولى، العين، دار الكتاب الجامعي.

- جروان، فتحي عبد الرحمن (2002)، أساليب الكشف عن الموهوبين والمتفوقين ورعايتهم، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر.
- جروان، فتحي عبد الرحمن (2004)، الموهبة والتفوق والإبداع، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الجوالده، فؤاد عيد (2008)، فاعلية برنامج قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى المعاقين عقلياً في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان ـ الأردن.
- الجوالده، فؤاد عيد، القمش، مصطفى نوري (2012)، الإعاقات الحسية "السمعية والبصرية"، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.
- الحديدي، منى (1997)، طرق وأساليب تعليم الطلبة ذوي المشكلات التعليمية، دورة التربية الخاصة المدرسة العصرية (17 ـ 7 ـ 1997).
- الحديدي، منى (1998). مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن.
- الخطيب، جمال (2010)، تعديل السلوك الإنساني، دار الفكر، عمان ـ الأردن.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى (2003)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، عمان ـ الأردن، دار حنين.
- الخطيب، فريد (1992)، الوجيز في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً، (ط1)، عمان، مؤسسة دار شيرين.
- الخطيب، جمال (1992)، تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين، عمّان، إشراق للتوزيع والنشر.
- خوري، توما جورج (2002). الطفل الموهوب والطفل بطيء التعلم، الطبعة الأولى، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- الداهري، صالح حسن (2005)، سيكولوجية رعاية الموهوبين والمتميزين، الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.

- دليل برامج الطلبة المتميزين والموهوبين، قسم برامج المتفوقين، مديرية التربية الخاصة وزارة التربية والتعليم، عمان ـ الأردن.
- الدماطي، عبد الغفار (2004)، أنموذج مقترح لبرنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار الأطفال المعوقين سمعياً، ورقة عمل مقدمة إلى ندوة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية (مواكبة تحديث والتحديات المستقبلية).
- الرفاعي، ناريمان (1993)، دراسة لبعض خصائص الشخصية المميزة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم، مجلة معوقات الطفولة، القاهرة.
- رفاعي، نعيم (2001)، الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف، الطبعة الثامنة، جامعة دمشق، دمشق ـ سوريا.
- الرواجفة، شاهر خليل (2005)، فاعلية برنامج التعزيز الرمزي وتكلفة الاستجابة في خفض ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- الروسان، فاروق (2000)، دراسات وأبحاث في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر، عمان.
- الروسان: فاروق (2001)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الخامسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- الروسان، فاروق (1994)، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان ـ الأردن.
- الروسان، فاروق (1999)، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان، دار الفكر.
- الروسان، فاروق (2003)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة السادسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

- الريحاني، سليمان (1985)، التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، عمان.
- زحلوق، مها (2000)، التربية الخاصة بالمتفوقين، الطبعة الأولى، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- الزيات، فتحي (1998)، صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصيّة والعلاجية، دار النشر للجامعات، القاهرة.
- الزيات، فتحي (2002)، المتفوقون عقلياً ذوو صعوبات التعلم قضايا التعريف والتشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- زيادة، أحمد رشيد (2006)، أثر النمذجة والتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض العنف المدرسي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان ـ الأردن.
- سالم، ياسر (1994)، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان ـ الأردن.
- السرطاوي،زيدان، السرطاوي، عبد العزيز (1988)، صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987)، المعوقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم، ط1، دار عالم الكتب، الرياض.
- السرطاوي، عبد العزيز، أبو جودة، وائل (2000)، اضطرابات اللغة والكلام، منشورات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- السرطاوي، زيدان والسرطاوي، عبد العزيز، وخشان،أيمن، وأبو جودة، وائل (2001)، مدخل إلى صعوبات التعلم، الطبعة الأولى، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.
- السرور، ناديا هايل (2003)، مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين، الطبعة الرابعة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

- سعادة، جودت وإبراهيم، عبدالله (2004)، المنهج المدرسي المعاصر، الطبعة الرابعة، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- سيسالم، كمال سالم (1988)، المعاقون بصرياً، الصفحات الذهبية، الرياض.
- سيلفيا ريم، ترجمة محمد عادل عبدالله (2003)، رعاية الموهوبين إرشادات للآباء والمعلمين، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- الشايع، البندري سعد محمد (2006)، البرنامج العلاجي المقترح لتلاميذ صعوبات التعلم وفق نظرية الذكاءات المتعددة، "بحث مقدم في المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم"، المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض (19 ـ 22) نوفمبر 2006.
- الشربيني، زكريا وصادق، يسرية (2002)، أطفال عند القمة: الموهبة، التفوق العقلي، الإبداع، القاهرة، دار الفكر العربي.
- الشناوي، محمد محروس (1998)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة ـ مصر.
- الشناوي، محمد محروس (1997)، الإعاقة العقلية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- صبحي، تيسير (1994)، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، ط1، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان.
- الصفدي عصام (2003)، الإعاقة السمعية، دار اليازوري العلمية، عمان ـ الأردن.
- الصمادي، جميل والناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله (2003)، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.
- عبد الباقي، علا (1993)، برنامج تدريبي للأطفال ذوي الإعاقات العقلية، الطبعة الأولى، القاهرة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

- عبد الستار، إبراهيم (1994)، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة.
- عبد الفتاح، فاطمة مصطفى (2001)، فاعلية مواقف تعليمية مقترحة في تنمية بعض المهارات الحياتية لطفل ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة حلوان.
- عبد الفتاح، حسين (1996)، أساليب الاتصال لتعليم ذوي الاحتياجات السمعيّة الخاصّة بالصم وضعاف السمع، الطبعة الأولى، القاهرة، دار الطلبة للنشر والتوزيع.
- عبدالله، عادل محمد (2003)، الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات، القاهرة، دار الرشاد.
- عرفان، ليلى (2005)، مسابقة الإبداع الأدبي، مجلة أنباء الجامعة، العدد 246، أيار.
- العزة، سعيد، عبد الهادي، جودت (2005)، تعديل السلوك الإنساني، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن.
- العمايرة، محمد (2002)، مشكلات السلوك الصفي، عمان، دار صفاء للنشر.
- عمران، تغريد، والشناوي، رجاء (2001)، المهارات الحياتية. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- الفارع، شحدة، عمايرة، موسى، حمدان، جهاد، العناني، محمد (2000)، مقدمة في اللغويات المعاصرة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- فيلد، إيفلين إم (2005)، اقتراحات لمساعدة الأطفال على التعامل مع المستهزئين والمتحرشين، الطبعة الأولى، مكتبة جرير للنشر والتوزيع والترجمة، السعودية.

- القريطي، عبد المطلب. (2001)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، ط2، القاهرة، دار الفكر.
- القريوتي، إبراهيم (2006)، الإعاقة السمعية، الأردن، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995)، المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى، الإمارات العربية، دار القلم للنشر.
- القريوتي، إبراهيم، الدقاق، زهرة، (2006)، دليل الوالدين في التعامل مع ذوي الإعاقة السمعية، دار يافا للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
- القمش، مصطفى (2007). مدى فاعلية استخدام استراتيجية تدريس الأقران في تنمية بعض كفايات التدريس لدى معلمي التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من المرحلة الابتدائية، مجلة الطفولة العربية، الكويت.
- القمش، مصطفى، المعايطة، خليل (2010)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار المسيرة، ط 4، عمان - الأردن.
- القمش، مصطفى نوري (2011)، الإعاقات المتعددة، دار المسيرة، عمان - الأردن.
- القمش، مصطفى نوري (2010)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة، عمان - الأردن.
- القمش، مصطفى نوري، الجوالده، فؤاد عيد (2012)، الموهوبون ذوو صعوبات التعلم، دار الثقافة، عمان - الأردن.
- القمش، مصطفى (2000)، الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللّغة، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- القمش، مصطفى (2000)، القياس والتقييم في التربية الخاصة، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

- كروكشانك ف.ج، ترجمة أسعد، يوسف ميخائيل (1971)، تربية الموهوب والمتخلف، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- كيرك وكالفنت (1988)، ترجمة السرطاوي زيدان، السرطاوي عبد العزيز، صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- اللقاني، أحمد، القرشي، أمير (1999)، مناهج الصم ـ التخطيط والبناء والتنفيذ، ط 1، عالم الكتب.
- مرسي، كمال إبراهيم (1996)، مرجع في علم التخلف، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- المشاقبة، فارس (1987)، اضطرابات النطق عند الأطفال العاديين، منشورات الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.
- معاجيني، أسامة (1998)، المناهج الفارقة للمتفوقين والموهوبين بين الواقع المأمول، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الإقليمي الأول للموهوبين والمتفوقين، جامعة الإمارات العربية المتحدة، المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين، العين.
- المعايطة، خليل، والبواليز، محمد (2004) الموهبة والتفوّق، الطبعة الثانية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- المعتوق، أحمد محمد (1996)، الحصيلة اللغوية: أهميتها، مصادرها، وسائل تنميتها، سلسلة عالم المعرفة، رقم 212، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- مكلفين، روبرت، غروس، ريتشارد (2002)، مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، ترجمة: د. ياسمين حداد، د. موفق الحمداني، د. فارس حلمي، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان ـ الأردن.

- ملحم، سامي (2001)، سيكولوجية التعلم والتعليم الأسس النظرية والتطبيقية، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- نصر الله، عبيد (2000)، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- الهباهبة، سهام (2003)، معسكرات الحسين للعمل والبناء، مجلة الشباب، العدد 234، تموز.
- الهويدي، زيد، وجمال، محمد جهاد (2003)، أساليب الكشف عن المبدعين والمتفوقين وتنمية التفكير والإبداع، الطبعة الأولى، العين، دار الكتاب الجامعي.
- الوقفي، راضي (2002)، صعوبات التعلم النظري والتطبيقي، الطبعة الأولى، منشورات كلية الأميرة ثروت، عمان ـ الأردن.
- الوقفي، راضي (2001)، أساسيات التربية الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- الوقفي، راضي (1996)، مقدمة في صعوبات التعلم، عمان، كلية الأمّيرة ثروت.
- يحيى، خوله (2000)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الانجليزية

- AAIDD,(2007) American Association on Intellectual and Developmental Disabilities:Defintion of Mental Retardation (on-line). Available: www.aaidd.org/policies/faq_mental_retardation.shtml.
- Adrien، J.L.; Ornitz, E.، Barthelemy, C., Sauvage,D. and Lelord,G.(1987) 'The presence or absence of certain behaviors associated with infantile autism in severely retarded autistic and non- autistic

retarded children and very young normal children.' Journal of Autism and Developmental Disorders, 17، 407 -416.

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th edition)(DSM-IV).Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andonova، A. (2000) Self-concept and social support in visually impaired and sighted adolescents: The need of group procedures to improve the social skills. Ph. D. thesis Sufa university-Bulgana.
- Asperger,H.(1944)'Die "autistischen Psychopathen" im Kindesalter. 'Nervenkrankbeiten117,76-136.(English translation in Frith 1991).
- Ayres,A.J.(1979) Sensory Integration and the Child. Los Angles: Western Psychological Services.
- Barklay, R., A. (1997). Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents. Guilford press, Newyourk.
- Barraga, N. (1983). Visual handicaps & Learning. Asten, Texas: PRO - ED.
- Baum, S. (1988). An enrichment program for gifted learning disabled students. Gifted child Quarterly 32, 226-230.
- Baum, S. (1990). Gifted but learning disabled: A Puzzling paradox. Reston, VA: Council for Exceptional Children (ERIC Digest E479).
- Baum, S. M., Cooper, C. R., & Neu, T. W. (2001). Dual differentiation: An approach for meeting the curricular needs of gifted students with learning disabilities. Psychology in the Schools, 38, 477-490.

- Bigge, J. L. (1986): Teaching individuals with physical & multiple disabilities. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Bireley, M. (1991). The paradoxical needs of the disabled gifted In M.
- Bloom, L. (1991). Language Development From Two to Three. NY: Cambridge University Press.
- Bondy, A.S. and Frost, L. A. (1994) 'The Delware Autistic Program. In S. L. Handleman (eds.) Pre-school Education Programs for Children with Autism. Austin, TX:Pro-Ed.
- Brodt LE,Mills CJ,(1997), Gifted children with learning disabilities: a review of the issues.CTY, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 21218, USA.
- Bryan, T. (1997).Assessing The Personal Social Status Of. Students With Learning Disabilities.. Learning Disabilities Research & Practice. 12(1).63-76.
- Carlson, C. L: Pelham, W. E.; Swanson J.M. & Wagner, J. L. (2000). A divided attention analysis of the effect of Methylphenidate on arithmetic performance of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Children Psychology and Psychiatry, 32 (3), 463-471.
- Chieger،Emanuel (1990).Youth and disability.Freund Publishing House. England.
- Chin, S (2003). Children's Consonant Inventories After Extended Cochlear Implant Use Journal of Speech, Language, and Hearing Research _ Vol. 46 _ 849-862. American Speech-Language- HearingAssociation.

-Clark, B. (1992). Growing up Gifted. New York, NY: Macmillan Publishing Company.

-Clark, Mavis Anita (2003). Learning and schooling experiences of black deaf and hard-of-hearing adult male learners:narrative analysis University Of Georgia-Dissertation Abstracts International, DAI-A 64/02, p. 366.AAT 3086709.

-Cott. A. (1985). Help for your Learning disabled child: The orthomolecular treatment. New York: Times Books.

-Daniels, P.R. (1983). Teaching the gifted/ learning disabled child. Rockville. MD: Aspen.

-Davis, G., Rimm, S. (1998). Education Of The Gifted & Talented (3rd. ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

-Davis, Gary., A (1994) Hand book of Gifted Education - U.S.A.

-Dawson, G. and Osterling, J.(1997) 'Early intervention in Autism.' In M. Guralnick (ed.) The Effectiveness of Early Intervention. Baltimore:Brookes.

-Demoth, R (1982) Visual Impairment, Exceptional children & Youth. Columbus, Ohio: children E. Merrill.

-DeMyer, M. K., Barton, S. and Norton, J.A.(1972)' A Comprehension of adaptive,verbal,and motor profile of Psychotic and non-psychotic subnormal children.' Journal of Autism and Childhood Schizophrenia,2,359-377.

-Dennis w. & Dennis M. W. (1976). The Intellectually Gifted An Overview، Grune & Stratton، Inc, New York.

- Derisbasch, M., et, al. (1982), Educational intervention for children with epilepsy: a challenge for collaborative service delivery. Journal of special education, 16, 111-121.
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, C. L., McGoey, K. E. (1998). Peer Tutoring for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on Classroom Behavior and Academic Performance. Journal of Applied Behavior Analysis, 31, 579-592.
- Ehlers, S. and Gillberg, C.(1993) 'The epidemiology of Asperger syndrome: a total population study.' Journal of Child Psychology and Psychiatry,34(8),1327 -1350.
- Eisenberg, D., & Epstein, E. (1981, December). The discovery and development of giftedness in handicapped children. Paper presented at the meeting of the CEC-TAG National Topical Conference on the Gifted and Talented Child. Orlando, FL.
- Epstein, M.A., Shaywitz, S.E., Woolstons, J.L., &Shaywits, B.A.(1991).The boundaries of attention deficit disorder. Journal of Learning Disability.24, 2, 78-80.
- Eric,j. &Barkley,r.(1998). Treatment of Childhood Disorders.Second Edition, New York. The Guilford Press.
- Ertmer, D. & Inniger, K. (2009). Characteristics of the Transition to Spoken Words in Two Young Cochlear Implant Recipients. Journal of Speech, Language, and Hearing Research _ Vol. 52 _ 1579–1594. American Speech-Language-Hearing Association.
- Estabrooks, W. (1994). Auditory Verbal Therapy for Parents and Professionals, Alexandar Graham Bell Association, USA.

International labour offic، disabled are left out in the cold. international labouroffice،Geneva (022) 1991.

- Fey, M., Windsor, J., & Warren, S. (Eds.). (1995). Language intervenrtion: Preschool thruogh the elementary years. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Fischer, K. W., & Pipp, S. L. (1984). Processes of cognitive development: Optimal level and skill acquisition. In R. J. Sternberg (Ed.), Mecha-nisms of cognitive development (pp. 45-80). New York: Freeman.
- Fox, L., Brady, L., & Fobin, S. (1983). Learning-disabled/ gifted children: identification and programming (pp.117-139), Austin, TX: Pro. ED. Baltimore,MD:University Park Press.
- Gartner, A.، Kohler, M., & Riesman, F. (1971). Children teach children. New York: Harper & Row. Gay, J. E. (1978). A proposed plan for identifying black gifted children. Gifted Child Quarterly, 22. 353-357.
- Gerber, P. J., Ginsburg. R. J., & Reiff, H. B. (1991). Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities (Project 133G80500). Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of special Education and Rehabilitation Services.
- Giolas, T., (1994). Aural Rehabilitation of Adults with hearing impairment, 2nd (ed) Hard book of clinical audiology, Baltimore: Williams & Wilkins.

- Gonzalez &Adriana،(1997) Social Skills training to increase social interaction between children with autism and their typical peers, Journal Articles; Reports - Research: http://www.eric.ed.gov.
- Granvold, K. (1994). Cognitive and behavioral treatment: clinical issues, transfer of treatment, and relapse prevention. In: Granvold K (EDT) Cognitive and Behavioral Treatment method and Applications. Brooks/Cole Publishing Company.
- Greenspan, S.،Wieder, S. and Simons, R.(1998)The Child with Special Needs: Encouraging Intellectual and Emotional Growth. Cambridge, MA: Da Capo Press.
- Grossman, H,J., (1983) Manual On terminology, & Classification In Mentel Retardation, NY: AAMD.
- Hallahan, D. Kauffman, J. (1991) Exceptional Children: Introduction To Special Education, Prentice- Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2000) Exceptional Children Introduction Special Education.Needham Heights, MA: Allyan and Bacon.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2006). Exceptional learners: An introduction to special education: A study on characteristics and competencies need by Teachers of The Mentally retarded (10th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Hallahan. D. & Kauffman. J, (1994) Exceptional children; Introduction To Special Education, Allyn & Bacon: Boston.

- Hallhan, D & Kauffman, J. (2003) Exceptional Learners: Introduction to special Education, (5th. ed). Prentic - Hall. Inc, Englewood cliffs, New Jersey.

- Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M.W. (2006). Human exceptionality: School, community, & family. (8 ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Hetherington, E. M., & Frankie, G. (1967). Effects of parental dominance, warmth and conflict on imitation in children. Journal of Personality and social Psychology, 6, 119-125.

- Hojat, Mohammedreza & Crandall (1989) loneliness: Theory, Research and Applications, Sage Publications, Inc.

- Howard, W. & Orlansky, M. (1988). Exceptional Children: An Introductory Survey of special Education, (3rd ed). Charles E. Merril publishing Company.

- Hughes,C.and Russel,J.(1993)'Autistic children's difficulties with mental disengagement from an object: its implications for theories of autism.' Developmental Psychology,29,498-510.

- Huntley, L., B. (1990). Setting up shop: A program for gifted learning disabled students. Gifted Child Today, 13(4), 52-56.

- Huurre, T. (2000).Psychosocial Development and Social Support among Adolescents with Visual Impairment, Finland: University of Tampere.

- Irlen, H.(1997) 'Reading problems and Irlen coloured lenses,' Dyslexia Review,8(5),4-7.

- Jacobson, W. (1993), Art and Science of teaching Orientation and Mobility to persons with Visual Impairments. NewYork: American Foundition for blind.

- Johnson, L. J., Karnes, M. B., & Carr, V. W. (1997). Providing services to children with gifts and disabilities: A critical need. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.). Handbook of gifted education (2nd ed., pp, 516-527). Boston: Allyn & Bacon.

- Jones, V. and Prior, M.(1985) 'Motor imitation abilities and neurological signs in autistic children.' Journal of Autism and Developmental Disorders,15,37-46.

- Jordan, R. Jones, G. and Murray,D.(1998) An evaluative and comparative study of current educational interventions for children with autism: a literature review and current research.DfEE Research Report,77.London:DfES.

- Kadesjo, B., Gillberg, C. and Hagberg،B.(1999) 'Brief report: autism and Asperger syndrome: a total population study.' Journal of Autism and Developmental Disorders,29(4),327-331.

- Kanner, L.(1943)'Autistic disturbances of affective contact.' Nervous Child,2,217-250.

- Karnes, M. B., Shwedel, A. M., & Lewis, G. G. (1983). Short-term effects of early programming for the young gifted handicapped child. Journal for the Education of the Gifted, 6, 266-278.

- Karnes. M. B. (1984). A demonstration/outreach model for young gifted/ Talented handicapped Roeper Review, 7(1), 23-26.

- Kauffman, J (1981) Hand book of Special education, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.

- Kauffman, J., (1989) Characteristics of children's Behavior Disorders, (4th. ed). Ohio charles. E merril, Columbus.

- Kef, S. (2002).Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents, Journal of Visual Impairments & Blindness.96(1),22-37.

- Keigher, S.M., (2000) Emergings Issues In mental Retardation: Self Determination Versus self - Intrest, Health & Social work, Aug, vol. 25, (3).

- Kingberg, al (2003) Comuterized Training of Working Memory in Children with ADHD, A Randomized Control Trial, Journal of the American Academy of Child of Adolescent of Psychiatry, 44, 177-186.

- Kirk Samuel, A. and Gallagher James J. (1989) 83, Educating exceptional children, Houghton Mifflin Company, Boston, USA.

- Kirk, S, (1983). Educating Exceptional children, Boston, Press: ohio.

- Kirk, S. &Chalfant, J. (1984).Developmental and Academic Learning Disabilities.Denver: company,Denver، London.

- Kirk, S., Gallagher, J., & Anastasiow, N. (1997). Educating Exceptional Children (8th. Ed.). New York: Houghton Miffin Comp.

- Klin ، Volkmar & sparoow(1992): Autistic Social dysfunction: Some limitations of the theory of mind hypothesis،Journal Child Psychol Psychiatry 1992 Jul;33(5):861-76.

- Lahey, M. (1988). Language disorders and langauge development. Columbus, OH: Macmillan.

- Lerner.j.(1997). Learning disabilities. Houghton Mifflin company. Boston.USA.

- Lerner, J. (2000). Learning disabilities: Theories, dicgnosis, and teaching strategies (8th ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Linderman, J., (1981), Psychological and behavioral aspects of physical disability NY: Plenum Press.
- Lovaas, O.I.(1987) 'Behavioral treatment and normal intellectual and educational functioning in autistic children.' Journal of Consulting and Clinical Psychology,55,3-9.
- Martin, Frederick N. & Clark, John G. (2000) Introduction to Audiology, by Allyn & Bacon Apearson Education Company, U.S.A.
- Martin, M.B.(1990). The self-concept And Locus of Control of Learning Disabled College students. The University of Connecticut.
- Mary E. McConnell (1999). Self- monitoring, cueing, recording, and managing teaching students to manage their own behavior, The council for exceptional children. Dec.
- Mathew, S. T. (1984). A creative problem- solving (CPS) program for emotionally handicapped child dren to reduce aggression. Journal of Creative Behavior. 18, 278.
- Mercer,C. (1997). Students with learning disabilities (5th ed). New Jersey: Prentice - Hall INC.
- Merrell, Kenneth.W (1990), Teacher ratings of hyperactivity & self-cntrol in learning disabled boys،acmparison with low-achieving and average peers.J. Psyycology in the schools،27(4) pp:289-296.

- Millar, G. W. (1995). The creativity man: An authorized biography, Norwood, NJ: Ablex.

- Mithaug K. Deirdre (1998), Teaching Children With Multiple Disabilities to self -Regulate During Independent Work. Teaching exceptional children, 35(1).

- Mogford, K., & Sadler, J. (1989). Child language disability: Implications in an educations setting. Philadelphia: Multilingual Matters.

- Montague, M. (1991). Gifted and learning-disabled gifted students knowledge and use of mathematical problem-solving strategies. Journal for the Education of the Gifted, 14, 393-411.

- Montgomery, M.s. (2003). Self-concept And children with Learning Disabilities observer-child concordance Across Context-Dependent-Domains. Journal of Learning Disabilities, vol. 20,No.2.(PP.66-86).

- Mussen, P. H., & Rutherford, E. (1963). Parent-Child relations and parental personality in relation to young children's sex-role preferences. Child Development, 34, 589-607.

- Myklebust, H. (1981), The Pupil Rating Scale Revised, Screening for Learning Disabilities The Psychological Corporation: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

- (NJCLD) National Joint Commission on Learning Disabilities (2002). Definition of LD Explained.

- Northcott, W.(1977). Curriculum guide: Hearing-impaired children, Birth to three years and their parents. (ed. 2). Washington, D. C., A. G. Bell Association.

- O,Reily، (2003)News.publisshed by National Library Service for the blind and physical handicapped, Library of Congress، Washington.
- Owens, R.E, (2001). Language development: An introduction. Boston: Allyn and Bacon.
- Patton, J., Blackbourn, J., & Fad, K. (1996), Exceptional individuals in focus. Englewood Cliffs, N. J: Prentice.
- Paul. J. and Epanchin, C. (1992). Emotional Disturbance In children. Theories & Methods for teachers. Merril publishing Company, Columbus.
- Piseco, S. et al. (2001). The Effect of Child Characteristics on Teachers Acceptability, of Classrooms-Based Behavioral Strategies and Medication Treatment of ADHD. Journal of Clinical and Child Psychology, 30, 413-421.
- Prabhala,Anna(2007):Mental Retardation Is No More-New Name Is Intellectual and Developmental Disabilities. Education & Training in Developmental Disabilities, Vol.42, no.3, p252-269.
- Rabiner, D (2004). A New Way of Looking at ADHD, Barkley's Theory. www.helpforadd.com.
- Rapin, L.(1996)'Neurological examination. 'In L. Rapin (ed.) Preschool children with inadequate Communication: Developmental Language Disorder,Autism,Low IQ.London: MacKeith Press, pp.98-122.
- Ratner, V. and Harris, L. (1994). Understanding language disorders: the impact on learning. Eau Claire, Wisconsin: Thinking Publication.

- Reis, S. M., New,T. W., & McGuire, J. M. (1995). Talents in two places: Case studies of high ability students with learning disabilities who have achieved Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.
- Reis, Sally M. and Renzulli, Joseph, S., (1989) The Secondary Traid Model, Creative Learning press.
- Renzulli, J., Olenchak, R., (1989). The effectiveness of School wide enrichment model. Gifted child Quarterly, vol 33. No, 2, pp 30-40.
- Rhodes, William & Tracy, Micheal, (1984). "Astudy of child variance conceptual models". The university of Michigan press, Michigan, U.S.A.
- Rimm, S. B. (1995). Gender effects on achievement. How to stop Underachievement Newsletter. 6 (2). 1-5. Educational Assessment Service, Watertown. WI.
- Robinson ، B. (1999). The application of a formal social skills training program to enhance the social skills of a group of learning disabled adolescents. Disser. Abst. Inter، 60 (4)، p. 1841.
- Rogow, S.M.(1999). The impact of visual impairments on psychosocial development. In V.L.Schwean, & D.H. Saklofske. (eds.), Handbook of psychosocial characteristics of exceptional children.(pp. 523-538). New York, U.S.A: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Sacks,S.Z.& Wolffe, K.E. (1998).Lifestyles of adolescents with visual impairments: An ethnographic analysis. Journal of Visual Impairment & Blindness, 92, 7-17.

- Sainato, D. M., Strain, P. S., Lefebvre, D.،& Rapp, N.(1990). Effects of self-evaluation on the independent work skills of preschool children with disabilities. Exceptional Children, 56(6), 540-549.

- Salazar, (2004) Increasing social initations in preschoolers with autism using acombination of social stories, pictorial cues and role play http://www.usccb.org/hispanicaffairs/enmarcha/summer04.shtml

- Schnur, J. O., & Stefanich, G. P. (1979). Science for the handicapped gifted child. Roeper Review, 2(2). 26-28.

- Shea, Thomas, M. (1978) Teaching children and youth with Behaviors disorders, The C.V mosby company, U.S.A.

- Shireen,P,.& Richard,L.(2000). The social face of really included inclusive education: Are students with learning disabilities in the Classroom. Preventing School Failure،45(1)، P.8-14.

- Skinner,B.F(1971) Beyond Freedom and Dignity. New York: Bantam/Vintage Books.

- Smith, D., (2001). Introduction to Special education; Teaching In an age of Challenge, of challenge, Allyn & Bacon: Boston.

- Smith, D.D. (2007). Introduction to special education: Making difference, (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Smith, Deborah D & Luckasson, R., (1992) Introduction to special Education, teaching in an age of challenges, Allyn and Bacon, U.S.A.

- Smith, T.D. (2001). Experiences of Mild And Moderately disabled students Participating in the full inclusion model in a rural high school in Georgia.Disser.Abst.Inter.DAI..A61l10,P.3953,Apr2001.

- Smith,D. (2004). Introduction to special education: teaching in an ageof opportunity. Boston: Allyn and bacon.

- Smith,I.and Bryson,S.(1998) 'Gesture imitation in autism1:Nonsymbolic postures and sequences.' Cognitive Neurospsychology,15, 747-770.

- Steven. J, Apter &Conoly, J. (1984). Children Behavior disorders and emotional disturbance: An Introduction to teach troubled Children, Englewood cliffs: prentic hall.

- Stone, W.L., Ousley, O. Y., Hepburn, S.L., Hogan, K.L. and Brown, C. S.(1999) 'Patterns of adaptive behavior in very young children with autism.' American Journal of Mental Retardation, 104,187-1999.

- Strain & Hoyson، (2000).The need for longitudinal intensive social skills intervention: LEAP Follow-up outcomes for children with autism Journal Articles; Opinion Papers; Reports - Research.

- Strang, J. D., & Rourke, B. P. (1985). Arithmetic disabilities subtype: the neuropsychogical significance of specific arithmetic impairment childhood. In rouker, B. P. (1985). Neuropsychology of Learning Disabilities: essential of Subtype analysis (PP. 167-183). New York: Guilford.

- Streng, A. H., Kretschmer, R. R., & Kretschmer L. W. (1978).Language, learning, and deafness: Theory, application،and classroom management. New York: Grune and Stratton.

- Swiatek, Mary, A. & Shoplik, Ann, L. (1999). Elementary student talent searches: eatablishing appropriate guidelines for

qualifying tes Scores. Gifted Child Quarterly. Vol. 43 (4): p 265-272.

- Torrance, E. (1993). The Nature of creative as Manifest Testing, In R. J. Sternberg(Ed), The Nature of creativity, New York: The University of Cambridge press.
- Tuttle, D.W.& Tuttle, N.R. (1996). Self-esteem and adjusting with blindness, U.S.A: Charles C. Thomas.
- Wang SW,Boerner K,(2008), Staying connected: re-establishing social relationships following vision loss.University of California, Los Angeles, CA 90095, USA. shuwenwang@ucla.ed.
- Wees. J. (1993). Gifted/ Learning disabled: Yes, They exist and here are some successful ways to teach them. Gifted International, 8(1), 48-51.
- Whitmore, J. R., & Maker, C. J. (1985). Intellectual Giftedness in Disabled Persons. Rockville MD: Aspen.
- Wiig, E., & Semel, E.M. (1984). Langauge assessment and intervention for the learning disabled. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Wing, L.(2000) 'Past and future of research on Asperger's Syndrome.' In A. Klin, F. K. Volkmar and S. S. Sparrow(ed.)Asperger's Syndrome. New York: The Guildford Press,pp.418-432.
- Wing, L. and Gould, J.(1979) 'Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. 'Journal of Autism and Developmental Disorders, 9(1),11-29.
- Wing,L.(1992) The Triad of Impairments of Social Interaction: An Aid to Diagnosis. London: NAS.

- Wing,L.(1993) Autistic Continuum Disorders: An Aid to Diagnosis. London: The National Autistic Society.

- Wing,L.(1996) The Autistic Spectrum: A Guide to Parents and Professionals. London: Constable and Company.

- World Health Organization (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,10th edition(ICD-10) Geneva:WHO.

- Worley & Melanie, (1997). Improving the social behavior of high functioning Children with Autism: A social skills support group intervention Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Volume 12, Issue 1, Pages 107-122.

- Ysseldke,J.,& Algozzien,B.(1995).Special education apracticalapproach to teachers. New Jersy:Houghton Mifflincompany.

- Ysseldyke, J. & Algozzine, (1990). Special Education: Apractical approach for teachers. Houghton Mifflin company: Boston.

المؤلفان في سطور



الدكتور فؤاد عيد الجوالده

- عميد شؤون الطلبة في جامعة عمان العربية.
- أستاذ التربية الخاصة المساعد في جامعة عمان العربية.
- عضو اللجنة العليا المشرفة على جائزة البحث العلمي لطلبة الجامعات الأردنية المنظمة من مركز دراسات الشرق الأوسط للدورتين (12، 13) لعاميّ (2010، 2011).
- شارك في العديد من الدورات التدريبية الداخلية والخارجية.
- شارك في مؤتمرات محلية وخارجية.
- قام بالتدريس في كليات القوات المسلحة في الأردن والسعودية.
- قام بتدريس مساقات جامعية في تخصصات التربية الخاصة، وعلم النفس التربوي لدرجتي البكالوريوس والماجستير.
- أشرف وناقش العديد من رسائل الماجستير.
- عضو في بعض لجان المجالس والجمعيات الرسمية في الأردن.
- عضو الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له تسعة كتب منشورة.
- له تسعة أبحاث محكمة منشورة.
- البريد الإلكتروني:

jawaldehfuad@hotmail.com jawaldehfuad@yahoo.com



الدكتور مصطفى نوري القمش

- عميد كلية الأميرة رحمة الجامعية السابق.
- أستاذ التربية الخاصة المشارك جامعة عمان العربية.
- أستاذ التربية الخاصة المشارك في جامعة البلقاء التطبيقية.
- شارك في العديد من الدورات التدريبية الداخلية والخارجية.
- شارك في مؤتمرات محلية وخارجية.
- قام بتدريس مساقات جامعية في تخصصات التربية الخاصة، وعلم النفس التربوي لدرجات البكالوريوس والماجستير والدكتوراه.
- أشرف وناقش العديد من رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه.
- عضو في بعض لجان المجالس والجمعيات الرسمية في الأردن.
- نائب رئيس الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له أربعة عشر كتاباً منشوراً.
- له خمسة عشر بحثاً علمياً محكماً ومنشوراً.
- البريد الإلكتروني:

Must_km1969@yahoo.com d.mustafa-km@hotmail.com



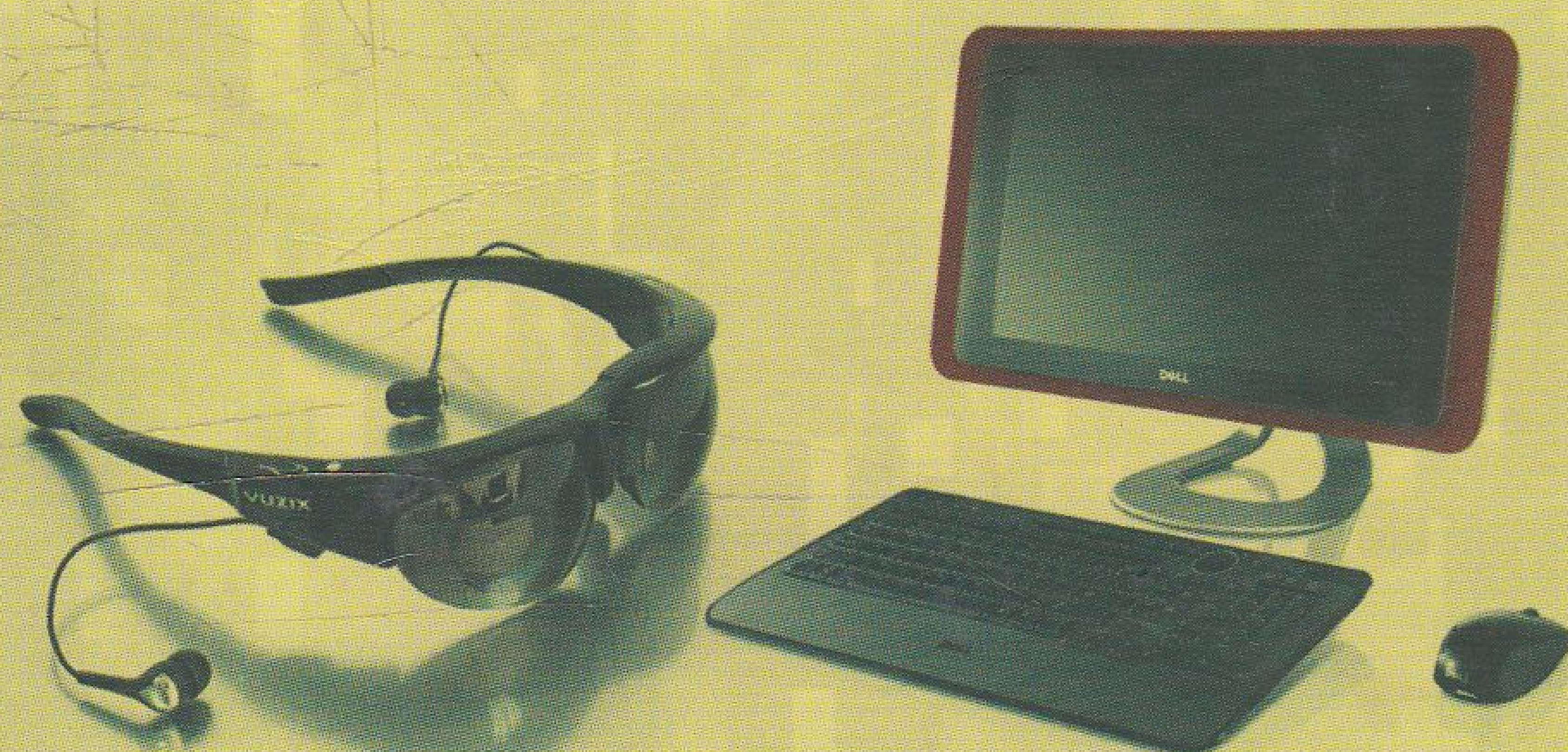


The Educational Programs And Therapeutic Approaches

For People With Special Needs

Dr.
Fuad E. Aljawaldeh

Dr.
N. Alqmesh








الثقافة للتصميم والإخراج



دار الثقافة للنشر والتوزيع
أسسها خالد محمود جبر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan
www.daralthaqafa.com